ACADÉMIE DE PARIS
UNIVERSITÉ RENÉ DESCARTES
Faculté de Médecine Necker - Enfants Malades

Année 1974

N° 30

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

Annick PERSONNE-CHEREL
Née le 2 Avril 1947 à Paris 19e

Présentée et soutenue publiquement le

ETUDE D'UNE CLIENTELE DE PEDIATRIE DE LA REGION PARISIENNE
D'après 6.000 dossiers sur six ans

Président de Thèse : Monsieur Raymond MANDE (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir Delavigne
PARIS 6
1974

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41542722_0009

ACADÉMIE DE PARIS
UNIVERSITÉ RENÉ DESCARTES
Faculté de Médecine Necker - Enfants Malades

Année 1974 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

Annick PERSONNE-CHEREL
Née le 2 Avril 1947 à Paris 19e

Présentée et soutenue publiquement le

ETUDE D'UNE CLIENTELE DE PEDIATRIE DE LA REGION PARISIENNE

D'après 6.000 dossiers sur six ans

Président de Thèse : Monsieur Raymond MANDE (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir Delavigne
PARIS 6e
1974

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A Monsieur le Professeur Raymond MANDE

Professeur de Clinique de Pédiatrie Sociale

Qui nous a fait le grand honneur de
présider cette thèse, en témoigna-
ge de notre profond respect.

A mon mari,

En témoignage de ma profonde tendresse.

A mon fils,

Pour toutes les joies qu'il nous apporte.

A mes parents,

Pour que leurs sacrifices ne soient pas vains, j'essaierai de me montrer digne de leur labeur et de leur générosité. Je leur offre ce travail en faible témoignage de ma profonde affection.

A mon frère, à ma soeur, à mes beaux-frères et belles-soeurs, à mes beaux-parents,

Qui m'ont encouragé dans la poursuite de mes études, en témoignage de toute mon affection.

Aux miens et à tous mes amis,

A la mémoire du Docteur Guy LOCQUET

A qui j'aurai aimé présenter ce travail et que j'aurais aimé avoir à mes côtés aujourd'hui.

A nos Maîtres d'Externat,

Monsieur le Professeur HOUDART
Monsieur le Professeur VIC DUPONT
Monsieur le Professeur CAMBIER

A Monsieur le Docteur Georges SEE

Qui nous a toujours accueillie avec sympathie dans son service, et qui a contribué largement à notre formation pédiatrique,

En témoignage de notre profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur BLANCHER

En remerciements de toutes les connaissances que vous nous avez permis d'acquérir lors de notre passage dans votre service.

A Monsieur le Docteur Bernard GUILLEMET

Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse et qui m'a laissé ouvertes les portes de son cabinet. Il m'a guidée et conseillée tout au long de ce travail.

Qu'il soit assuré de recevoir ici, en remerciement de la confiance qu'il m'a accordée, le témoignage de toute ma gratitude et de toute mon amitié.

ETUDE D'UNE CLIENTELE DE PEDIATRIE
DE LA REGION PARISIENNE

(d'après 6.000 dossiers, sur 6 ans)

-:-

P L A N

-:-

- ETUDES STATISTIQUES.

- EVOLUTION DE LA PEDIATRIE EN EXERCICE LIBERAL.

- ASPECT SOCIO-ECONOMIQUE ET PSYCHOLOGIQUE.

- VALEUR DE LA PREVENTION SOCIALE.

.°.

INTRODUCTION

-:-

De nombreux travaux sont consacrés chaque année à la Pédiatrie générale, à ses multiples chapitres.

Quelques travaux sont parus concernant l'activité d'une équipe pédiatrique, en règle en milieu hospitalier.

L'étude d'une clientèle privée est plus délicate et ne semble pas avoir été tentée en Pédiatrie. C'est ce travail que nous allons aborder.

Cette tâche paraît ingrate. Elle demande une méthodologie stricte : Suivre correctement une clientèle privée suppose en effet qu'il existe dès le départ un document de travail sérieux sur chaque enfant. La clientèle doit être minutieusement répertoriée.

- dans sa totalité,il ne doit pas y avoir de hiatus dans l'observation,

- les codes de classement doivent rester identiques,

- des critères d'observation stables doivent être définis au départ.

Ce mode d'observation comporte évidemment de grandes lacunes :

. l'étude reste très localisée dans l'espace, et même dans le temps,

. les cas ne sont pas toujours assez nombreux pour en tirer des conclusions valables.

- Elle oblige à répéter des vérités apparemment bien

connues, mais à les présenter telles que les a intégrées le Pédiatre praticien.

Mais ce travail est intéressant à plusieurs titres :

- il permet d'avoir une vue d'ensemble sur la clientèle d'un Pédiatre praticien,

- il doit refléter le "vécu" d'une vie de praticien et doit contribuer à faire mieux comprendre comment se concrétisent les connaissances au contact de la vie quotidienne.

- Il pourrait permettre de tirer quelques enseignements sur ce qu'est la pratique pédiatrique actuelle, sa place au sein de la profession, son rôle dans la cité et la communauté nationale et sa valeur comme chaînon essentiel d'une véritable Pédiatrie sociale.

PROTOCOLE D'ETUDE

Pour garder toute son objectivité à ce travail, il nous a paru nécessaire de définir les conditions dans lesquelles il a été réalisé. Cela nous amènera à considérer les conditions géographiques, le mode d'exercice, l'origine de la clientèle et le protocole de dépouillement des fiches.

I - CONDITIONS GEOGRAPHIQUES D'IMPLANTATION :

Il s'agit d'une clientèle de grande Banlieue parisienne, touchant presque à la Province.

Elle est formée de 4/5 de citadins et de 1/5 de ruraux.

Elle est implantée dans un département en pleine expansion, au sein d'une unité géographique régionale bien définie.

Le problème des transports, des liaisons avec la capitale semble avoir beaucoup influencé les réactions de la clientèle.

En effet, l'attraction de Paris est très importante.

Elle amène à une situation paradoxale :

- la proximité des grands centres de recherche et de traitement entraîne un sous-équipement en hommes et en matériel.

- elle fait moins ressentir la nécessité d'un équipement lourd, d'où insuffisance locale.

- l'éloignement relatif ne permet pas pourtant à tous de profiter des avantages de Paris. Cette situation heureusement tend à se modifier.

II - MODE D'EXERCICE :

. ½ temps seulement à titre libéral, le seul envisagé ici.

. ½ temps à titre hospitalier : Tous les cas hospitalisés sont exclus de cette étude.

La part d'activité consacrée à la surveillance des nouveaux-nés en Maternité privée est importante. Elle expliquera que certains chiffres ne paraissent pas s'aligner sur les données classiques, car beaucoup de nouveaux-nés ne seront pas suivis régulièrement.

- Un rôle de consultant persiste, surtout en milieu rural, et c'est un aspect passionnant de la profession.

- Le problème des visites à domicile, non demandées par un confrère, reste angoissant. La visite au chevet du malade devrait se limiter aux véritables urgences. Mais cette notion reste très subjective, et surtout n'est pas ressentie de la même façon par le Médecin et par la Maman. Il est bon aussi de voir l'enfant dans son milieu habituel pour mieux appréhender la situation. Nous pensons que la solution ne peut venir que d'une éducation mutuelle.

- L'utilisation d'un bon secrétariat nous paraît capitale. La secrétaire a pour nous un double rôle, d'agent technique (dossiers, rendez-vous...) et d'assistante. Elle a souvent été

un lien essentiel avec certaines mères.

- on ne devrait pas avoir à discuter du "temps" à consacrer à chaque enfant. Certes, la rapidité de travail de chacun peut être différente, mais on ne doit pas "descendre" au-dessous d'un certain seuil qu'il faut respecter coûte que coûte. La valeur de notre acte est à ce prix.

- L'Hôpital nous paraît aussi un lien priviligié pour le Pédiatre. Chacun devrait y avoir une responsabilité, si légère soit-elle. Mais on peut faire de l'excellent travail sans cet appui, c'est seulement plus difficile.

- dans sa pratique quotidienne, le Pédiatre doit encourager les échanges avec tous les confrères locaux, seul gage d'un esprit d'équipe, rendant supportable et efficace le travail de chacun.

Un des problèmes irritants de la pratique quotidienne est en effet la difficulté de relation, avec les autres équipes, les grands centres parisiens.

Les choses sont grandement facilitées quand on a vu et pu apprécier ses correspondants personnellement.

Il ne faut pas masquer d'autre part les difficultés de la formation médicale continue pour les Pédiatres libéraux.

Difficile aussi à concilier avec l'exercice quotidien, est l'élaboration de travaux ou de publications. C'est pourtant un excellent moyen de recyclage, de travail personnel.

Nous sommes persuadés que beaucoup de matériaux, de documents sont ainsi perdus par lassitude ou par paresse intellectuelle. Un esprit toujours ouvert pourrait dans une certaine mesure pallier ces déficiences.

III - ORIGINE DE LA CLIENTELE :

Elle est en fait très variée.

Elle comporte tous les milieux-socio-professionnels :

cadres, commerçants, ouvriers, employés, fonctionnaires.

On y rencontre une forte proportion de militaires, de membres de professions libérales et d'agriculteurs.

Il y a quelques années, une certaine clientèle bourgeoise se traitait traditionnellement à Paris. La tendance semble être maintenant de rechercher d'abord un avis sur place.

Le phénomène nouveau est un apport très important de jeunes ménages qui s'installent à proximité des grandes zones industrielles et des centres de décisions nouvellement implantés.

Il faut noter d'emblée la forte proportion de nourrissons, dont la surveillance systématique a acquis droit de cité.

IV - PROTOCOLE DE DEPOUILLEMENT DES DOSSIERS :

. 1) Nombre d'enfants : 6.000 dossiers.

. 2) Remarques générales.

- Sont inclus dans cette étude :

. les enfants vus épisodiquement,

. les enfants pour lesquels le diagnostic a été posé avant la première consultation, mais qui posent un problème de prise en charge, de surveillance de longue durée (par ex. fibrose kystique du pancréas, maladie coeliaque...).

- Sont exclus de ce travail, tous les malades du secteur hospitalier, sauf si la première consultation a eu lieu au cabinet,avec ébauche de diagnostic.

- Certains enfants peuvent être fichés à plusieurs chapitres diagnostics.

- Certains tableaux n'ont pas été dépouillés :

Il s'agit de syndromes très banals comme les rhinopharyngites non compliquées, les otites catarrhales, les "inquiétudes maternelles" en orthopédie (genu valgum...).

- Certains chapitres n'apparaissent pas, faute de cas observés.

- Le pourcentage de décès pourra paraître important. Il tient à la forte proportion des nouveaux-nés examinés, la mortalité périnatale grevant largement l'ensemble de la mortalité infantile.

- Le fichier n'a été utilisé que sur 6 ans. Nous avons exclu les deux premières années car les critères retenus alors ne nous ont pas semblés assez fiables.

- Les dossiers ont été répartis de la façon suivante :

. consultations occasionnelles : 1 à 2 fois en 6 ans.

. consultations régulières - tous les 1 à 2 mois pour les nourrissons ;

- 1 à 2 fois par an pour les grands enfants.

. examens systématiques de nouveaux-nés = enfants vus en clinique ou au cabinet, pas toujours revus ni suivis car pris en charge par le médecin de famille.

- La disparité entre certains chapitres s'explique par les conditions particulières d'exercice.

La rareté des visites rend compte sans doute de la moindre fréquence de certains tableaux aigus, du nombre modeste des hospitalisations d'urgence.

Certains pourcentages sont faussés par la forte proportion de nouveaux-nés non revus ensuite. On ne peut par exemple tirer argument de l'incidence des troubles psychologiques retenue sur le total des fiches.

°°°

TABLEAU GENERAL

TOTAL DOSSIERS : 6.000 DUREE D'OBSERVATION : 6 ANS

- Garçons : 3.329 - 55,40%
- Filles : 2.671 - 44,60%

CATEGORIES DE DOSSIERS :

- Consultations occasionnelles : 1.615 26,91%
- Consultations régulières : 2.099 34,98%
- Examens systématiques nouveaux-nés : 2.276 37,93%

NOMBRE D'ACTES QUOTIDIENS (rapportés à 30 jours) :

- 1966 : 5
- 1967 : 6
- 1968 : 7
- 1969 : 10
- 1970 : 11
- 1971 : 13
- 1972 : 15

% DE VACCINS :

- B.C.G. - D.T.C. + P. - VARIOLE
  - 100% des enfants vus régulièrement
  - fort pourcentage pour les autres (moins pour le B.C.G.)
- ROUVAX (sur 2 ans) - 3,65% soit 223 obs.
- RUDIVAX (sur 1 an) - 0,87% soit 49 obs.

% de VISITES : - 1,00%
% D'HOSPITALISATIONS : - 4,45% soit 272 obs.
% DIAGNOSTICS IMPRECIS : - 0,80%
% ACTES A TITRE DE CONSULTANT : - 2,55%
% DECES : - 0,56% soit 31 obs.

(les détails précis concernant l'âge et le % des morts subites dans ces 31 observations n'ont pas toujours été notés pour les enfants non suivis).

DEPOUILLEMENT DE LA PATHOLOGIE

Bien qu'un peu artificiel, le groupement des cas par grands chapitres pathologiques nous a paru la solution la plus claire pour présenter notre étude.

Chaque chapitre comportera le nombre de cas observés et les pourcentages qui paraissent les plus significatifs.

Il est difficile de présenter l'expérience globale d'un médecin en tableaux clairs et précis. Il ne s'agit pas de décrire chaque cas rencontré, mais de résumer les plus démonstratifs, ou les plus curieux.

Il importe également de pouvoir noter les réflexions qu'inspirent chaque chapitre au Pédiatre praticien.

Notre étude est moins une compilation de cas que la transcription du "vécu" d'un Pédiatre.

Elle devrait permettre aussi de proposer des thèmes de réflexion, des habitudes à créer, des gestes à faire ou à éviter, des attitudes à adopter en commun.

°°°

CARDIOLOGIE INFANTILE

- Cardiopathies congénitales :	25
- Souffles systoliques isolés :	40
- Péricardite :	1
- Gros coeur isolé :	1
- Cardiomyopathies obstructives :	3

AU TOTAL :

70 enfants, ont présenté un problème cardiologique, ce qui représente une fréquence absolue de 1% environ.

On retire de ces chiffres que les cardiopathies congénitales dominent la pathologie. Les cardiopathies acquises, sont, par contre rares ; on n'a pas observé de cardite rhumatismale (en Indonésie 90% du recrutement d'un service de cardiologie infantile sont des cardites rhumatismales).

Les problèmes pour le Pédiatre praticien sont de deux ordres :

1°) C'est souvent lui qui découvre la maladie, attiré par certains signes sur l'appareil cardiovasculaire.

2°) C'est lui qui prendra à sa charge la surveillance régulière de ces enfants.

C'est dire l'importance des relations avec un Cardiologue habitué à la cardiologie pédiatrique.

A - Le plus souvent, le Pédiatre est attiré sur l'appareil cardiovasculaire par la découverte d'un souffle. Mais ceci peut

se faire dans diverses circonstances.

1°) Découverte d'un souffle chez un nouveau-né.

Si le nouveau-né présente par ailleurs d'autres signes d'accompagnement : difficultés alimentaires, cyanose, dyspnée, anomalie des pouls périphériques, le Pédiatre dirige immédiatement le nouveau-né en milieu spécialisé, car très souvent, la mise en route de moyens de réanimation lourde, sera nécessaire.

Exemple : la transposition des gros vaisseaux.

2°) Découverte d'un souffle dans les premiers mois de la vie.

Le Pédiatre appréciera les signes de tolérance sur :

- les difficultés alimentaires,
- la dyspnée,
- la cyanose permanente ou lors des cris,
- la croissance staturo-pondérale,
- l'éveil psycho-moteur.

Il peut, par des moyens simples, à la fois cliniques et paracliniques, approcher le diagnostic. Ainsi les caractères du souffle, l'électrocardiogramme, la radio pulmonaire, apporteront quelques données utiles. De toute façon, il fera appel à un Cardiologue, qui confirmera le diagnostic d'approche et décidera, lui, selon les signes cliniques et paracliniques, de l'utilité d'explorations plus complexes, en particulier du cathétérisme.

3°) La découverte d'un souffle systolique chez le grand enfant.

Cette éventualité est très fréquente, et il est admis qu'à l'âge scolaire environ 30% des enfants sont porteurs d'un souffle transitoirement au cours de leur développement.

Les 40 souffles systoliques isolés, notés sur la statistique sont d'intensité 2/6, donc non négligeables.

Le problème dans ces cas est de discerner un souffle anorganique, d'un souffle acquis ou de cardiopathie congénitale ignorée.

Quelle est l'attitude adoptée devant un souffle systolique isolé du grand enfant?

- Si, manifestement, le souffle est anorganique, c'est-à-dire, variable dans le temps et avec les positions, bien localisé, chez un enfant longiligne et maigre, neurotonique, ne s'accompagnant d'aucune gêne à l'effort, d'aucun signe électrique et radiologique anormaux, le Pédiatre doit rassurer la famille et veiller à ce que l'enfant mène une vie tout à fait normale.

Cependant, dans 3 cas, ces souffles systoliques isolés ont donné, dans les suites, une cardiomyopathie obstructive.

Il ne faut donc pas négliger la surveillance lointaine de ces souffles systoliques.

Nous signalerons aussi la fréquence des souffles jugulaires veineux (environ 20% des fiches après 3 ans). Ils sont inoffensifs mais parfois impressionnants et peuvent prêter à confusion par leur intensité et leur siège trop à gauche. De toute façon, ils disparaissent selon certaines positions de la tête et en règle en décubitus dorsal.

B - 2ème tâche du Pédiatre en ce qui concerne la cardiologie infantile :
la surveillance des enfants atteints de cardiopathie confirmée. Cette surveillance doit se faire de façon très régulière, en relation avec le Cardiologue.

Le Pédiatre surveille tout signe d'aggravation : apparition d'une cyanose, d'une gêne respiratoire, d'une tachycardie.

Il apprécie le retentissement de la cardiopathie sur l'état général de l'enfant, sa croissance, son éveil psycho-moteur. Toutes les infections des voies aériennes supérieures seront

traitées vigoureusement.

Tout aussi important est son rôle auprès des familles (3)
Il doit expliquer :

- le mécanisme grossier de la cardiopathie,
- les diverses possibilités de traitement.

Il doit veiller à ce que la scolarité de ces enfants soit la moins perturbée possible.

Il est souvent confronté à des problèmes psychologiques bien spécifiques : l'enfant est "couvé", surprotégé, les parents sont anxieux.

Nous avons l'exemple caricatural d'une fillette qui jusqu'à 10 ans, n'était pratiquement pas "autonome". Il a fallu le secours d'une rééducatrice et d'une psychologue pour l'aider à prendre conscience de son corps et accepter quelques initiatives.

Les 25 cardiopathies congénitales se différencient ainsi :

. 1 Transposition des gros vaisseaux.
. 4 Communications interventriculaires.
. 3 Canaux artériels, dont 2 opérés.
. 2 Communications interauriculaires.
. 5 Maladie de Fallot - dont 1 enfant décédé.
. 3 Tétralogie - 1 Triade - 1 Pentalogie - tous ont été opérés.
.10 Cardiopathies complexes - 2 enfants sont décédés dans les premiers jours de la vie (dont 1 porteur de : CIV + Sténose aorte + hypoplasie aorte).
. 6 enfants étaient porteurs d'une Trisomie 21, ce qui confirme bien les données classiques - 4 sont décédés.

Parmi les cardiopathies congénitales diverses, on relève :

- 1 Bicuspidie aortique,
- 1 enfant porteur de (décédé) : { hypoplasie sévère du ventricule gauche, fibroélastose du ventricule gauche, mega uretère associé.
- 1 sténose pulmonaire, sans CIV, qui est décédé malgré l'intervention.

Notons que sur ces 25 Cardiopathies congénitales, 5 sont décédées, pratiquement toutes avant 1 an.

Péricardite :

Nous avons noté 1 cas navrant d'un nourrisson ayant fait 1 tamponnade et 1 asystolie aigüe. Le diagnostic a été fait à l'autopsie.

Enfin, Les troubles du rythme :

Nous n'en avons observé qu'un cas mais ce chiffre ne doit pas refléter la réalité. Il s'agissait d'extrasystoles en salvés, chez un nouveau-né.

°°°

PNEUMOLOGIE

-:-

- Allergies respiratoires :	85	38 F - 47G
- Broncho alvéolites du nourrisson	32	12 F - 20G
- Primo infection :	32	
- Autres tuberculoses :	0	
- Bronchites :	14	
- Pneumopathies aiguës avec foyer :	9	
- Staphylococcies pleuropulmonaires	3	
- Pleurésies sérofibrineuses :	2	
- Dilatation des bronches :	1	
- Abcès du Poumon :	1	
- Gros thymus radiologiques :	8	

Remarques générales sur les pourcentages :

1°) L'allergie domine la pathologie respiratoire.

Elle représente 40% des cas de maladie respiratoire. Ce chiffre très élevé rend-il compte :

- d'une meilleure connaissance des problèmes allergologiques
- d'un accroissement des sensibilisations,
- ou bien le diagnostic d'allergie a-t-il été porté par excès devant le manque de preuve d'autre chose ?

Pourtant dans la grande majorité des cas, l'enquête allergologique fut positive.

2°) Les broncho-alvéolites représentent 17% de la pathologie respiratoire.

3°) Les bronchites n'ont pas toutes été notées et leur

chiffre est sûrement sous-estimé.

4°) Les primo-infections représentent 17% ce qui est très important, mais ce chiffre devrait maintenant considérablement diminuer avec la vaccination de tous les enfants par le B.C.G.

PRIMO-INFECTION :

Il faut insister encore sur sa fréquence.

Certes, toutes ont été traitées et n'ont pas amoindri l'avenir de l'enfant, du moins dans les années suivantes.

Mais elles ont grevé la vie familiale, par l'enquête menée dans l'entourage, parfois par les séparations, toujours par la sujétion du traitement et l'angoisse des mères qui se révélait lors de la maladie.

Seul l'effort continu de vaccination peut modifier la situation· nous y reviendrons.

L'ALLERGIE RESPIRATOIRE :

Parmi les 85 enfants, fichés dans le chapitre de l'allergie respiratoire, 48 ont présenté un tableau d'asthme typique avec stigmates biologiques et fonctionnels. (2)

Le traitement de la crise importante utilise les corticoïdes à posologie élevée, limitée à quelques jours, arrêtée de façon progressive, et associés à un antibiotique afin d'éviter toute surinfection. Cette prescription de corticoïdes doit toujours s'accompagner d'une mise en garde des parents afin de ne pas utiliser ces médicaments sans contrôle médical pour des petites crises bénignes. A tout prix doit être évité le risque d'une corticodépendance.

En fait, l'asthme nécessite un traitement de fond.

Dans un premier temps, on dresse un inventaire complet des allergènes provocateurs et l'on traite énergiquement tous

les foyers infectieux (sinusite, caries dentaires, végétations).

Puis on engage une désensibilisation spécifique contre les allergènes prépondérants. La désensibilisation est pour l'enfant la meilleure chance de guérison, mais elle doit être bien menée, bien acceptée par l'enfant car elle est longue. La psychothérapie est capitale car ces enfants sont souvent émotifs, anxieux et des perturbations affectives peuvent aggraver le profil évolutif de la maladie.

Dans la statistique on n'a observé aucun cas d'insuffisance respiratoire ou de troubles de la croissance. Mais le recul n'est pas suffisant pour affirmer qu'il en sera de même plus tard à l'âge adulte. La kinésithérapie respiratoire est essentielle.

Les cures thermales peuvent rendre des services.

LES BRONCHO-ALVEOLITES :

32 ont été rencontrées surtout chez le petit nourrisson.

Le tableau présenté par l'enfant est souvent grave et entraîne son hospitalisation. L'oxygénothérapie et l'aspiration sont nécessaires. Dans certains cas, rares heureusement, la mise en service de réanimation a été nécessaire.

Ces broncho-alvéolites sont pour la plupart d'origine virale, mais l'étude virologique est décevante et souvent difficile à mettre en oeuvre en pratique quotidienne.

LES PNEUMOPATHIES AIGUES :

Le chiffre noté ici est bas par rapport aux chiffres trouvés dans un service de pédiatrie générale.

On a trouvé une bronchopneumonie dans une rougeole sévère.

DILATATION DES BRONCHES :

Un cas a été observé. Le problème est surtout la surveil-

lance du traitement : traitement postural, rééducation respiratoire, antibiothérapie, vaccinations.

STAPHYLOCOCCIE PLEURO-PULMONAIRE :

3 cas ont été notés.

- 1 cas chez un nouveau-né qui a dû être transporté en service de réanimation.

- 1 cas chez un nourrisson, qui présentait un tableau typique, l'autre cas chez un enfant de trois ans. Tous deux ont dû être hospitalisés. Le traitement ne peut évidemment pas se concevoir en pratique de ville.

ABCES DU POUMON :

Un cas révélé chez une fille de 5 ans par une toux traînante ramenant une expectoration abondante. La radiographie pulmonaire et la bronchoscopie affirmèrent le diagnostic.

PATHOLOGIE DU THYMUS :

Dans 8 cas, l'hypertrophie thymique radiologique était responsable de troubles fonctionnels qui ont cédé en quelques mois, sans thérapeutique.

La pneumologie est l'exemple typique de "l'évolution" des maladies infantiles depuis quelques années. Hormis la primo-infection, dont l'éradication dépend essentiellement de l'effort de vaccination, nombre de tableaux infectieux ont disparu quasi totalement de la pathologie quotidienne. Certes, le Pédiatre doit toujours penser à éliminer les graves staphylococcies pleuro-pulmonaires, mais il n'est plus que rarement confronté avec les broncho-pneumonies, les pleurésies purulentes, les pneumonies séro-fibreuses...Le triomphe des antibiotiques est certain.

Mais d'autres domaines de la pneumologie s'accroissent, et l'on est frappé par l'importance des phénomènes allergiques, par exemple. La "mode" ne peut expliquer de telles variations. La pathologie se modifie, de nouvelles affections se font jour, peut-être favorisées par l'homme lui-même. Cela paraît probable pour l'allergie, quand on songe aux milliers d'allergènes qui sont créés dans notre environnement.

°°°

PATHOLOGIE DIGESTIVE

Gastro-entérites à germe identifié	85	
Pathologie de l'oesophage :		
- Malpositions cardio tubérositaires :	7	
- Atrésie de l'oesophage :	1	
- Corps étranger :	1	
Pathologie de l'estomac :		
- Sténose du pylore :	14	dont 12 garçons
- Plicature gastrique :	4	
Pathologie de l'intestin :		
- Diarrhées chroniques :	15	
- Hémorragie digestive :	1	
- Maladie de Hirschprung :	1	
- Parasitose :	17	dont 10 taenia 3 ascaris 3 amibes 1 filariose
- Malformations complexes :	1	décédé
Pathologie du foie :		
- Hépatites virales :	23	dont 2 du nouveau-né.
- Douleurs abdominales chroniques :	29	dont 15 filles et 14 garçons

°°°

Ce chapitre paraît d'emblée important. Il est pourtant sous-estimé car beaucoup de problèmes digestifs mineurs, quotidiens, n'ont pas été notés, tels que : vomissements, constipation, diarrhées bénignes.

Chapitre passionnant ou peut s'exercer à loisir le sens clinique du Pédiatre. Quoi de plus bénin en effet qu'un vomissement, une selle molle ou une douleur abdominale fugace chez l'enfant.

Quoi de plus trompeur aussi. Le tube digestif du nourrisson est au même titre que la peau, extrêmement sensible à toute agression. Son intégrité nous semble un bon reflet de l'état global de celui-ci. Sa pathologie est des plus variées et pose quotidiennement de nombreux problèmes au Pédiatre praticien.

LES GASTRO-ENTERITES :

I. Diarrhées microbiennes.

85 ont été fichées ; pour toutes a été trouvé un germe à la coproculture, le plus souvent un E. Coli pathogène, ou un staphylocoque pathogène ; et dans deux cas une salmonelle.

II. Diarrhées virales.

A côté de ces diarrhées microbiennes existent les diarrhées virales, rencontrées souvent par petites épidémies, très fréquentes en été. La coproculture est dans ces cas négative.

Mais dans nombre de cas, la coproculture n'a pas été faite ce qui explique le chiffre relativement bas.

III. Le traitement de toutes ces diarrhées a consisté :

1°) En une bonne diététique.Le régime a été longuement dé-

taillé par écrit, la réintroduction progressive d'une alimentation normale a été bien expliquée et dans un certain nombre de cas le régime seul a suffi à guérir la diarrhée.

2°) La valeur des antibiotiques se discute donc, de même que la prescription de la coproculture dans tous les cas de diarrhée. Il est certain que cet examen de laboratoire coûte cher, que beaucoup de diarrhées sont virales, et que parfois le résultat revient positif, alors que le régime seul a suffi à normaliser les selles. Là encore, doit-on insister sur le rôle du "flair clinique" devant un enfant fébrile ou une diarrhée qui traîne, malgré le régime .

- L'abus des antibiotiques est certainement grand en pathologie digestive de l'enfant, surtout lorsque l'on ne retrouve pas de foyer infectieux parentéral originel. Il faut lutter contre cette tendance naturelle et s'efforcer de cerner plus précisément le tableau clinique, les commémoratifs récents. Un simple déséquilibre de la flore microbienne peut entraîner une diarrhée évoluant sans aucune trace d'infection.

- Le problème du staphylocoque pathogène doit retenir notre attention. Son ubiquité, sa persistance malgré un traitement et une diététique bien conduits, sa présence fréquente en dehors de toute diarrhée, le font souvent rendre suspect comme cause de la maladie. Nous avons adopté comme règle de ne le traiter que s'il y avait association du germe à une diarrhée évidente. Nous n'avons jamais eu de complications.

- Peut-être l'empirisme qui nous guide sera-t-il moindre lorsque l'on connaîtra mieux les réactions biochimiques au niveau des colons.

Le Pédiatre praticien a aussi un rôle de prévention en informant les mères, dès les premières visites de surveillance, des premières mesures diététiques à prendre en cas de diarrhée et ce, afin d'éviter la déshydratation aigue. Cette attitude

nous a toujours donné de bons résultats. En particulier l'exclusion du lait pendant 1 à 2 jours, parfois difficile à faire accepter, nous paraît la première mesure à prendre.

- Nous signalerons un cas, assez rare, ou la carotte avait dépassé son rôle d'absorbant et entraîné une occlusion fonctionnelle, sans suite heureusement, car les parents projetèrent de porter plainte!

MALFORMATIONS DIGESTIVES (5) :

Les malformations digestives sont souvent un diagnostic d'urgence du domaine de la périnatalogie, mais certaines sont encore observées par le Pédiatre praticien.

ATRESIE DE L'OESOPHAGE :

Le diagnostic ne devrait plus être fait par le Pédiatre mais par l'obstétricien ou la Sage-femme qui a mis l'enfant au monde car un geste simple suffit au diagnostic : le cathétérisme de l'oesophage. Le Pédiatre amené à examiner les nouveaux-nés dans les cliniques ou maternités doit faire entrer ce sondage parmi les gestes systématiques à pratiquer à la naissance, au même titre que l'examen de l'anus, des choanes et de la bouche. Ces gestes simples éviteront des diagnostics trop tardifs qui grèvent très lourdement l'acte chirurgical.

HERNIES ET MALPOSITIONS CARDIO-TUBEROSITAIRES :

7 cas ont été trouvés. Ce chiffre paraît bas, mais seules ont été notées les anomalies confirmées à la radio. Souvent les vomissements disparaissent avec le traitement médical et postural sans que la radio soit nécessaire. Là encore, il faut de la persuasion pour obtenir la continuation du traitement.

STENOSES HYPERTROPHIQUES DU PYLORE :

14 cas ont été notés, c'est donc encore le plus gros con-

tingent de malformations.

Le Pédiatre doit y penser toujours, car plus le diagnostic est fait précocément avant que les désordres métaboliques graves n'apparaissent, plus l'intervention est bénigne, sans complication.

La prédominance chez le garçon est nettement confirmée dans notre série : douze garçons pour deux filles.

Le diagnostic est en général facile cliniquement, il faut prendre le temps de voir boire l'enfant, de chercher les ondulations péristaltiques, d' assister au vomissement. La constipation fréquemment notée est un bon signe.

Dans tous les cas l'intervention a apporté la guérison complète. Mais nous n'avons pas eu le courage de traiter médicalement, tant l'intervention est facile et bien réglée.

MALFORMATIONS INTESTINALES :

- un cas de maladie de Hirschprung,
- un cas de malformation intestinale non compatible avec la vie.

PARASITOLOGIE :

Les parasitoses digestives les plus fréquentes n'ont pas été notées : ce sont les oxyuroses.

Parmi celles notées, les plus communes sont l'ascaridiose et la toeniase. Les chiffres sont sûrement sous-estimés.

Un cas d'amibiase chez trois enfants de la même fratrie.

Un cas de filariose chez un enfant né au Libéria.

CONSTIPATIONS :

Le Pédiatre praticien est souvent confronté avec des troubles mineurs, des fausses constipations. Son rôle dans ces cas a surtout une valeur préventive, pour éviter les vraies consti-

pations de la deuxième enfance ou de l'âge adulte, car de simples changements de régime sont efficaces. Il ne faut jamais négliger ce signe car il a une énorme valeur pour la mère si l'on se réfère à l'acharnement avec lequel elle veut y remédier, coûte que coûte. Il ne faut pas pour cela laisser passer l'heure de l'exploration radiologique et de la coprologie fonctionnelle.

DIARRHEES CHRONIQUES, SYNDROMES COELIAQUES :

14 cas ont été notés, dont deux vraies maladies coeliaques confirmées.

- 1 cas découvert chez un garçon de 14 mois, hypotrophique, hospitalisé à plusieurs reprises pour diarrhées avec déshydratation. Les examens biologiques étaient en faveur du diagnostic, mais le régime sans gluten a été institué avant la biopsie du grêle devant le mauvais état de l'enfant.

- 1 cas reconnu chez une petite fille de 10 mois, révélé par un amaigrissement, une constipation importante, des troubles psychologiques à type de tristesse ; les examens biologiques et le transit du grêle étaient en faveur du diagnostic. La biopsie intestinale n'a pu être faite, car les parents ont refusé. Le régime sans gluten a entraîné une reprise de poids, de l'appétit, une disparition de la tristesse.

Il nous paraît raisonnable de mettre en route le régime adéquat si un solide faisceau d'arguments y incite, chez l'enfant déjà dénutri, sans attendre la confirmation de la biopsie du grêle. L'évolution rapidement favorable confirme le diagnostic ; l'arrêt du traitement par contre, doit être précédé d'une biopsie qui montrera l'intégrité du grêle.

Le régime n'est pas toujours facile à faire accepter car il est astreignant et ne tolère aucun écart. Il doit être écrit, détaillé, expliqué. Il doit être poursuivi longtemps.

Les autres diarrhées notées sont des diarrhées "chroniques" sans étiquette ou plutôt récidivantes. Elles surviennent surtout chez le nourrisson, évoluent par poussées et malgré un bilan très poussé, on n'a pas découvert de maladie précise. Tout semble s'arranger dans la seconde année. Ces diarrhées ont plusieurs facteurs communs :

- l'existence d'infections répétées (entérales ou parentérales),

- l'existence de troubles alimentaires,

- l'existence de problèmes psychologiques.

On a le sentiment que beaucoup sont dues sans doute à des intolérances mineures que nos techniques d'examen ne peuvent encore pas mettre en évidence.

HEPATITES :

21 hépatites virales ont été notées, dont deux hépatites néo-natales.

La plupart se présentaient selon le tableau classique (les formes anictériques ne doivent pas égarer le diagnostic).Elles étaient de bon pronostic dans l'immédiat, mais plus tard?

On a noté quelques formes avec troubles fonctionnels biologiques persistants sans que l'on ait rencontré le tableau de l'hépatite active prolongée. Un seul cas a été traité par les corticoïdes. Le repos est maintenant bien discuté, il a cependant été exigé chez le grand enfant.

MUCOVISCIDOSES (4)

Nous avons parlé de cette maladie dans le chapitre "nutrition et métabolisme".

- 1 cas confirmé : le diagnostic a été fait chez un enfant de 13 ans. Celui-ci était traité depuis 8 ans pour une dilatation des bronches sévère, dans un milieu médical privilégié,

et jamais un test de la sueur n'avait été demandé. Le diagnostic a en fait été porté par téléphone, puisqu'au vu de l'histoire clinique, dès avant d'avoir examiné l'enfant, un dosage du chlore avait été demandé. Il était à 120 mEq.

- 2 cas suspectés sur les antécédents familiaux (1 mucoviscidose dans la fratrie). Les tests de la sueur pratiqués montraient des taux limites entre 50 et 60 mEq de Cl/l, alors qu'il n'existait aucun signe fonctionnel. On ne peut donc se prononcer actuellement.

- 1 cas à symptomatologie classique.

DOULEURS ABDOMINALES (6) :

Les 29 cas notés ici n'ont pas trouvé d'étiologie. Le motif de consultation était des douleurs abdominales traînantes, récidivantes.

La douleur abdominale est 1 symptôme fréquent chez l'enfant, mais selon les tableaux associés sa valeur est très variable. Lorsque le tableau est aigu dans un contexte fébrile on trouve le plus souvent :

- infection rhinopharyngée,
- pneumopathie,
- appendicite ou adénite mésentérique,
- infection urinaire.

Le problème des douleurs abdominales chroniques est tout différent. Une cause organique est très rarement retrouvée. Un examen des urines a cependant été fait systématiquement pour éliminer une infection urinaire.

Les étapes des bilans complémentaires parfois pratiqués ont été en règle :

. examen parasitologique et numération formule sanguine,
. urographie intra veineuse,
. radiologie digestive,

. E.E.G. dans 2 cas pour éliminer une comitialité.

Par contre les causes psychosomatiques sont les plus fréquentes, mais il faut bien sûr s'appuyer sur des arguments solides, en l'occurence :

- morphotype habituel de ces enfants : instables, neuro-labiles, querelleurs, anxieux,

- rechercher une relation entre un éventuel stress et les douleurs. On retrouve souvent à l'interrogatoire une mésentente familiale, une grande exigeance des parents au sujet des résultats scolaires, peur de l'école, échec scolaire.

Si l'origine psychosomatique est reconnue, il faut avoir le courage de ne pas se lancer dans des explorations complémentaires inutiles. Il faut rassurer les parents, expliquer, si possible traiter la cause, c'est-à-dire essayer de supprimer les causes d'anxiété. Il faut pouvoir "perdre un peu de temps" pour parler avec l'enfant et ses parents.

°°°

PATHOLOGIE URINAIRE

- INFECTION SANS MALFORMATION	68	dont 47 f.
- MALFORMATIONS URINAIRES	8	dont 3 f.
- ALBUMINURIE ISOLEE	3	
- GLOMERULONEPHRITES AIGUES	4	
- NEPHROBLASTOMES	2	
- SYNDROME NEPHROTIQUE	1	
- AMYLOSE RENALE	1	
- DIABETE RENAL	1	
- LITHIASE RENALE	1	

Ces chiffres montrent que la pathologie urinaire est dominée par l'infection urinaire.

L'étude des différentes fiches a permis de dégager plusieurs points :

1°) La relative fréquence des infections : elles ont été retrouvées pour 1,25% des fiches, mais ce pourcentage est sûrement sous-estimé car nombreux sont les cas mineurs qui échappent à l'examen cytobactériologique des urines.

2°) La prépondérance des filles : plus des 2/3.

3°) Les âges variables : de la période néonatale à l'adolescence mais pratiquement inexistante chez le garçon à cette période.

4°) Les circonstances de découverte et les tableaux clini-

ques variés :

. poussées fébriles isolées sans autre signe clinique,

. fièvre avec signes d'appel urinaires : pollakiurie, douleurs mictionnelles, hématuries.

. douleurs abdominales, surtout fréquentes chez le grand enfant,

. énurésie, et devant toute énurésie il a été fait un examen cyto-bactériologique des urines.

. enfin, bien souvent l'infection était totalement latente, découverte à l'occasion d'un examen systématique ou d'un bilan pour hypotrophie.

5°) Les critères retenus pour parler d'infection ont été les suivants :

. présence de nombreux leucocytes altérés,

. bactériurie quantitative $\geq 10^5$ germes par mm3 d'où l'importance de demander au laboratoire de compter cette bactériurie,

. caractérisation et typage du germe.

6°) Le schéma de traitement adopté est actuellement celui-ci :

On frappe fort dans les premiers jours avec un antibiotique majeur, puis après s'être assuré de l'efficacité du traitement par la stérilisation des urines, on prend le relais par les antiseptiques urinaires genre "Nibiol, Furadoïne, Rufol". Le traitement devant durer en moyenne 4 à 6 semaines. Un examen des urines contrôle l'absence de pyurie à la fin du traitement.

Cependant, en cas d'infection récidivante, on a souvent recours à l'association de deux antibiotiques majeurs et le traitement doit être prolongé beaucoup plus longtemps.

Il est donc nécessaire d'expliquer aux parents la nécessité d'un traitement long, d'examens urinaires répétés, alors que les signes qui ont amené l'enfant à consulter ont bien sou-

vent disparu :.

De même, devant une infection qui récidive, l'UIV est faite systématiquement et le Pédiatre praticien doit faire admettre la nécessité de cet examen.

L'UIV a en effet permis de découvrir 8 uropathies malformatives. (7)

On relève que parmi ces 8 cas : 5 sont des garçons.

2 étaient venus consulter pour énurésie primaire, d'où l'intérêt de toujours se méfier des causes organiques des énurésies.

1 enfant est décédé de malformations multiples.

3 enfants présentaient un mégauretère congénital. Parmi ceux-ci 1 enfant avait une soeur présentant la même malformation.

1 enfant a présenté une rétention aigue d'urine, néonatale, dont l'origine n'est pas bien déterminée, qui est en cours d'exploration.

1 enfant vu à la naissance présentait une aplasie des muscles abdominaux. Une UIV faite sustématiquement en pensant aux associations possibles avec des malformations urinaires, a montré l'existence d'un mégauretère.

Notre expérience des maternités nous a montré que le rôle des infections urinaires est plus grand qu'on ne le pense en péri-natologie. L'infection urinaire est souvent responsable de graves tableaux infectieux, avec deshydratation, acidose, troubles respiratoires, qui peuvent exiger un transfert en service de réanimation.

Tous ces nouveaux-nés devraient subir une U.I.V.

Le rôle du Pédiatre dans ces cas de malformations est d'adresser l'enfant à l'Urologue infantile qui décidera de la conduite thérapeutique et des modalités de la surveillance.

Les autres problèmes rencontrés sont très divers :

ALBUMINURIES et HEMATURIES :

Une albuminurie persistante isolée a été retrouvée dans trois cas, mais parfois une albuminurie très modérée est découverte à l'occasion d'un examen systématique, cependant la plupart du temps des contrôles ultérieurs répétés à intervalles proches montrent la disparition de l'albuminurie.

Une hématurie isolée a été trouvée dans un cas.

De toute façon, devant une albuminurie qui persiste, devant une hématurie, un bilan rénal complet a été entrepris. Là encore, le Pédiatre doit expliquer aux parents la disproportion de ces bilans rénaux souvent compliqués avec le symptôme banal qu'est une albuminurie par exemple.

GLOMERULONEPHRITES AIGUES :

Quatre glomérulonéphrites aigues ont été trouvées, mais aucune n'a été découverte depuis 3 ans.

On peut donc penser que la maladie disparaît, ce fait étant dû probablement aux traitements par les antibiotiques de toute infection streptococcique. Le cycle du streptocoque paraît avoir été brisé, du moins dans nos pays à haut niveau économique. Nous retrouverons ce fait tout au long de notre étude.

SYNDROMES NEPHROTIQUES :

Un syndrome néphrotique avec évolution non compliquée a été retrouvé. Se pose ici, le problème de la surveillance rénale étroite, des biopsies de contrôle et des thérapeutiques corticoïdes et immunodépressives.

TUBULOPATHIE :

Une seule tubulopathie a été découverte ; il s'agit d'un

diabète rénal découvert à l'âge de 1 an, sans aucune complication après 6 ans.

NEPHROBLASTOMES. 2 cas :

G.G. est la troisième enfant de la fratrie. Son premier frère était porteur d'un néphroblastome associé à des malformations des extrémités, et est décédé à 8 mois. Les parents, très sensibilisés, nous avaient confié le deuxième frère dès la naissance. C'est actuellement un solide gaillard de 6 ans.

G. est la première fille. Elle est née prématurément et a fait un court séjour en couveuse, sans complication. La maman nous la présente à un mois, en venant prendre rendez-vous. Elle a apporté le B.C.G. et demande qu'on le lui fasse "entre deux portes". Par habitude et méfiance naturelle,nous exigeons un examen clinique sommaire. Le "toucher rénal" nous révèle un contact lombaire. Nous n'osons pas évoquer brutalement un diagnostic et demandons deux jours de réflexion sous un prétexte futile. Au deuxième examen, la tumeur a nettement grossi. Une urographie intraveineuse est faite d'urgence et révèle une image de distorsion évoquant bien un néphroblastome.G. est adressée le jour même dans le service de Melle O. SCHWEISGUTH. Le diagnostic est confirmé et l'allure évolutive incite à un transfert rapide à la clinique chirurgicale des Enfants Malades. La tumeur se rompt dès avant l'intervention, qui est pourtant un succès. Dès lors, l'enfant va être soumise à la chimiothérapie et à l'irradiation. Elle rentre chez elle et est soumise à des réinducteurs thérapeutiques. A deux ans, on parle de guérison possible : pas de récidive, développement psycho moteur normal. Certes, il va falloir s'attaquer au traitement de l'énorme retard staturo-pondéral (à 23 mois : Pds 7,180 Kg, Taille 72 cm, P.C. 41 cm).

Hélas, lors d'un examen de surveillance, notre optimisme est entamé par la découverte d'une petite tuméfaction vulvaire. Nous craignons la récidive et demandons un avis à la clinique

chirurgicale du Professeur PELLERIN. La tumeur est enlevée et expertisée. Il ne s'agit pas d'une récidive, mais d'un sarcome totalement indépendant du néphroblastome. G. est de nouveau soumise à la chimiothérapie. Elle semble résister parfaitement à ce nouvel assaut.

Elle décèdera quelques mois plus tard d'un accident thérapeutique, en état d'aplasie médullaire.

L'observation de cette fillette nous paraît exemplaire et met en lumière quelques aspects fondamentaux de la pédiatrie praticienne d'aujourd'hui (9).

- Sur le plan de l'éthique tout d'abord. Jamais un enfant que l'on ne connaît pas ne doit être examiné "entre deux portes". Notre conscience professionnelle est en jeu, et le fondement même de notre spécialité.

- Le Pédiatre doit toujours être "aux aguets" de peur de laisser échapper le détail essentiel qui devra déclencher une longue enquête diagnostique.

- L'examen de surveillance doit toujours rester une approche systématique, méthodique et complète de l'enfant. Le "toucher rénal profond" chez le nourrisson n'en est qu'un exemple.

- La pédiatrie se spécialise de plus en plus. Nombre de problèmes ne peuvent être traités que par des équipes étoffées et très entraînées. Nous pensons que le Pédiatre praticien a encore sa place au sein de telles équipes.

- Le Pédiatre praticien sera de plus en plus souvent confronté avec le problème des maladies chroniques, invalidantes, traitées en ambulatoire. Il faut tendre à faire vivre l'enfant au maximum dans son milieu familial, et les traitements modernes nous y aident. Mais la complication et le danger des protocoles thérapeutiques actuels engagent d'autant plus la responsabilité du Pédiatre praticien. Il deviendra un chaînon essentiel des "Hôpitaux de jour" pour enfants. Son devoir sera de plus en plus

impérieux d'être informé des progrès techniques et de leurs applications. Ceci semble ouvrir de nombreuses perspectives de travail pour le Pédiatre praticien dans un proche avenir.

°°°

H E M A T O L O G I E

- ANEMIES HYPOCHROMES	136	dont 58 F 78 G
- ANEMIES HEMOLYTIQUES par INCOMPATIBILITE Rh-ABO	42	
- ANEMIES HEMOLYTIQUES CONGENITALES	1	
- PURPURA	9	
- LEUCOCES AIGUES	5	
- MALADIE DE HODGKIN	1	
- MONONUCLEOSES INFECTIEUSES	7	

N/B : % incompatibilité Rh possible, sans accident, chez les nouveaux-nés (mère Rh - Enfant Rh +)

2,10% - 119 cas

°°°

ANEMIES HYPOCHROMES (17)

Problème fréquent pour le Pédiatre : l'anémie hypochrome. Dans la statistique 136 enfants dont 58 filles et 78 garçons.

Les critères retenus ont été les suivants :

- G.R. inférieurs à 4.000.000 par mm3.
- Dosage de l'hémoglobine inférieur à 9 gr par litre.
- CCHM < 30%.
- V.G. inférieure à 0,80 . Fer sérique < 70 γ

Il faut d'emblée noter la fréquence de ce syndrome : représentant 2,50% sur le total des enfants vus.

68% sur le total des enfants présentant un problème hématologique.

L'anémie hypochrome a été découverte dans la plupart des cas avant l'âge de 1 an.

Les signes d'appel sont les suivants :

- la pâleur des téguments et surtout la décoloration des conjonctives,
- la stagnation de la croissance staturo-pondérale,
- les circonstances favorisant l'anémie telles que : incompatibilité Rh, ictères intenses à la naissance, prématurité, gemellité.

La cause la plus fréquente est la carence martiale, essentiellement carence d'apport, mais devant une anémie ferriprive qui se corrige difficilement malgré le traitement martial prolongé, on recherchera une déperdition sanguine souvent par voie digestive, ou une discrète hémolyse malgré l'hypochromie.

Le traitement consiste à apporter du fer par voie orale, en règle, parfois actuellement par voie injectable, pendant un

un temps prolongé d'au moins 6 semaines, souvent plus.

Vu la grande fréquence de cette affection et son retentissement en particulier sur la croissance staturo-pondérale, le Pédiatre doit essayer de la prévenir. En effet, si elle se prolonge elle entraîne hypotrophie, troubles digestifs, infections répétées, état sub fébrile. On peut donc soulever plusieurs problèmes :

1°) L'addition aux laits artificiels de fer peut-elle permettre de prévenir dans tous les cas l'anémie hypochrome?

2°) L'administration systématique de fer à partir de trois mois est-elle justifiée :

a) à tous les enfants,

b) aux enfants dont le risque de carence martiale est élevé (prématurés, jumeaux, incompatibilité Rh, ABO et ictère intense à la naissance).

Des problèmes de tolérance digestive se posent souvent dans ces traitements qui doivent toujours être très longs.

3°) Diversification rapide de l'alimentation avec introduction précoce des légumes et de la viande.

ANEMIE HEMOLYTIQUE :

On a dénombré 43 anémies hémolytiques dont 42 étaient dues à une incompatibilité ABO ou Rh et une anémie hémolytique congénitale.

. PAR INCOMPATIBILITE :

Le nombre en est donc relativement important mais devrait maintenant beaucoup diminuer grâce aux possibilités de prévention actuelle .

La fréquence relative de ce syndrome s'explique par le recrutement important de nouveaux-nés.

Tous les enfants atteints ont dû subir une exsanguinotrans-

fusion.

Six enfants ont été exsanguinés deux fois.

Un enfant quatre fois.

Un enfant cinq fois.

Aucun ictère nucléaire n'a été observé. La surveillance régulière et très fréquente du taux de bilirubinémie permet d'intervenir avant que n'apparaisse l'ictère nucléaire.

Par ailleurs, la photothérapie systématique peut permettre d'éviter l'exsanguinotransfusion en faisant baisser le taux de bilirubine de 15 à 20%.

Le Pédiatre a un rôle d'éducation des mères en soulevant le problème, en expliquant de façon simple la maladie et les méthodes de prévention. Il est donc certain que cette maladie doit diminuer et même disparaître avec la vaccination des femmes Rh- par les gamma-globulines anti D après la naissance d'un enfant de groupe Rh +.

Comme il a été dit au chapitre précédent une anémie hypochrome très souvent rebelle est la séquelle très fréquente de ces incompatiblités qui demandent donc une longue surveillance hématologique.

. ANEMIE HEMOLYTIQUE CONGENITALE - 1 cas :

Il s'agit d'un garçon vu à l'âge de 6 semaines pour une anémie profonde. L'interrogatoire retrouvait dans la famille plusieurs cas d'anémie. Le bilan hématologique a montré l'existence d'une anémie hémolytique normochrome normocytaire et sphérocytaire évoquant une maladie de MINKOWSKI-CHAUFFARD. Il est actuellement sans traitement. L'hypothèse d'une splenectomie, discutée un moment devant l'importance et la répétition des crises de déglobulisation, a pu être écartée.

LES PURPURAS :

9 cas ont été trouvés dont :

- 2 purpuras fulminans (décédés);
- 1 angiomatose généralisée,
- 2 purpuras rhumatoïdes
- les autres sont des purpuras infectieux bénins.

Le purpura rhumatoïde semble donc se raréfier, ou être plus facilement méconnu.

Le purpura fuminans a été fatal dans les deux cas.

LES LEUCOSES (10) :

Cinq cas ont été trouvés :

. 1 cas chez un jeune enfant, suraigu, révélé par une vaccination antivariolique,

. Les quatre autres ont été découverts chez des grands avec des tableaux classiques et aigus. Toutes étaient des leucoces aiguës lymphoblastiques. Tous les enfants ont profité des protocoles modernes de traitement en service spécialisé. Tous subissent la surveillance et les réinductions régulières à l'hôpital.

Aucun n'a fait de rechute ni de méningite.

Le recul est maintenant important ; il est de 6 ans dans deux cas et l'espoir d'une guérison définitive peut être raisonnablement envisagé.

Le Pédiatre praticien, qui est souvent le premier consulté, doit reconnaître rapidement la maladie, car en l'absence de traitement l'évolution est souvent vite défavorable. (dans un cas le début a évoqué cliniquement et biologiquement un R.A.A. et la mise au Cortancyl a éteint tous les signes de la maladie mais a provoqué une rechute quelques mois plus tard avec là un tableau évocateur de leucose).

Ce diagnostic est bien connu, depuis longtemps déjà. Il devient plus angoissant au fur et à mesure que l'arsenal thérapeutique contre les leucoses se complète.

Une leucose lymphoblastique décapitée par un traitement corticoïde mal adapté perd des chances importantes à long terme.

Devant la fréquence du problème, il ne serait pas déraisonnable de proposer une ponction sternale devant tout tableau de R.A.A. incomplet.

La leucose est le type de maladie chronique et maligne, qui pose de nombreux problèmes au médecin :

- quant à ses relations avec les parents ; c'est lui qui, étant le plus proche de la famille, doit calmer l'angoisse des parents, expliquer en termes simples la maladie, les modalités du traitement et sa continuité.

Ainsi, par deux fois il nous a été donné de voir des enfants, apparemment "guéris" par une réinduction, ne pas être suivis pendant 6 mois à 1 an, les parents, mal informés ou réfractaires, pensant à une guérison définitive. Par chance, les rechutes furent encore très sensibles à la chimiothérapie.

- Il doit s'efforcer de ne pas désinsérer l'enfant du groupe et favoriser la fréquentation scolaire (deux des enfants de la statistique ont une scolarité et une vie normale).

- Le Pédiatre est le lien entre les services spécialisés ou l'enfant est un peu "anonyme", et la famille. Il devrait s'intégrer au maximum dans les équipes des "Hôpitaux de jour".

MALADIE DE HODGKIN :

. 1 cas découvert devant des adénopathies superficielles cervicales.

L'enfant,âgé de 10 ans, est actuellement en rémission complète après 5 ans.

SYNDROMES MONONUCLEOSIQUES :

Leur fréquence très faible ici est sûrement sous-estimée. Les sept cas retrouvés présentaient le tableau classique. Aucune complication n'a été notée à part l'asthénie prolongée.

°°°

METABOLISME ET NUTRITION

- OBESITES	93 dont	56 Filles
		37 Garçons
- HYPOTROPHIES	64 dont	38 Filles
		26 Garçons
- DESHYDRATATIONS	33 dont	17 Filles
		16 Garçons
- HYPOGLYCEMIES FONCTIONNELLES	5	
- DIABETES	3	
- PHENYLCETONURIES	2	
- HYPOCALCEMIES (néonatales)	3	

L'ensemble de ces chiffres montre qu'il s'agit d'un énorme chapitre.

La vogue actuelle pour tous les problèmes de métabolisme et de nutrition est due aux progrès des méthodes de recherche et de la biochimie.

Mises à part les maladies rares il s'agit d'un chapitre important dans la pratique quotidienne.

°°°

OBESITES (11 et 12) :

93 cas ont été fichés, ce qui représente 1,57% des enfants vus.

Cette maladie a été notée plus souvent chez la fille que chez le garçon : 2/3 de filles, différence significative.

- l'âge ou elle se rencontre : avant 1 an ou à la période-prépubertaire,

- les critères retenus : poids réel supérieur de 15 à 20% au poids moyen correspondant à la taille de l'enfant.

Le diagnostic est facile en cas d'obésité manifeste, il est plus difficile en cas d'obésité modérée. L'interrogatoire est là très important.

Il faut :

. fouiller les antécédents familiaux de l'enfant (le caractère familial se retrouve souvent),

. faire préciser la courbe staturopondérale depuis la naissance, au besoin s'aider de photographies de l'enfant (en effet le début est parfois ancien),

. faire préciser les rations et les habitudes alimentaires. Dans certains cas les rations semblent normales mais ont probablement été excédentaires quelques années plus tôt. Bien souvent l'enfant obèse qui a des rations normales aux repas est grand consommateur entre les repas de bonbons, gâteaux, sucreries.

Le bilan biologique doit être simple au départ, car les causes organiques sont en fait rares. Il a comporté systématiquement :

- une détermination de l'âge osseux,
- une radiographie du crâne,
- un dosage de la glycémie ou une hyperglycémie provoquée, des lipides et du cholestérol. Le plus souvent, le bilan est normal.

Le traitement :

- il ne comporte en règle aucun traitement médicamenteux,
- il consiste en conseils aux parents, adaptés à leurs psychologie, écrits, détaillés sur l'alimentation qu'il convient de donner à l'enfant.

Le régime vise à ramener l'apport calorique à la normale en supprimant les bonbons, gâteaux et sucreries, pâtes, pommes de terre et pain. Il faut insister sur la nocivité des boissons sucrées du commerce (extrait de sirop...).

Dès que l'enfant est en âge de comprendre l'influence de l'alimentation sur son poids il est exigé de sa part une notation libre sur un cahier pendant 15 jours ou 3 semaines de son alimentation.

Les résultats obtenus sont encore trop médiocres :

. ou bien l'enfant n'est pas revu régulièrement (or il faut les peser au début tous les 15 jours, puis tous les mois),

. ou bien le médecin n'a pas été assez convaincant, n'a pas expliqué assez clairement que les résultats sont longs à obtenir, demandent de la patience et une modification durable des habitudes alimentaires.

Et pourtant traiter l'obésité de l'enfant et surtout la prévenir est une tâche importante du Pédiatre, puisque l'on sait par des statistiques récentes que l'obésité de l'enfant et du nourrisson conduit fréquemment à l'obésité de l'adulte. Or, cette dernière accroit les risques d'apparition de maladies cardio-vasculaires et du diabète. Le Médecin se doit donc d'é-

duquer les parents, de donner des conseils diététiques dès le plus jeune âge. Il se méfiera d'autant plus s'il existe des antécédents familiaux, si le poids de naissance est supérieur à 4 kilos et si la prise de poids est supérieure à 1 kilo par mois dans la première année.

HYPOTROPHIES :

64 cas ont été relevés, 38 filles et 26 garçons.

La fréquence est moindre que pour l'obésité, mais elle est tout de même importante puisqu'elle représente 1,20% du total des enfants vus.

Les critères retenus ont été les suivants :

- Poids inférieur à - 2 σ

Elle se rencontre à l'âge du nourrisson et de la première enfance. Lorsque le Pédiatre a pu suivre régulièrement ces enfants, il constate que si le poids de l'enfant est souvent normal à la naissance, progressivement l'écart avec les mensurations normales se creuse et aboutit en quelques mois à une hypotrophie harmonieuse plus ou moins marquée. Dans certains cas l'enfant était déjà hypotrophique à la naissance et là interviennent sûrement des facteurs de grossesse tels que le travail de la mère, l'abus du tabac, les trajets.

Dans tous les cas notés il s'agit d'hypotrophie sans signe d'accompagnement en particulier digestif, respiratoire ou infectieux. Seul signe fréquemment retrouvé : l'anorexie. Anorexie d'opposition, nous reverrons ces caractères plus en détail dans le chapitre sur les problèmes psychologiques.

DIABETE (8) :

Deux cas ont été retrouvés, plus un cas de diabète rénal: la fréquence n'est donc pas négligeable, 1 pour 3.000 enfants.

La maladie a été découverte dans les 2 cas par un coma

inaugural. Pour un enfant on retrouvait la notion de diabète juvénile dans la famille paternelle. D'où la nécessité d'une surveillance étroite des enfants de parents diabétiques. On peut se demander s'il est possible de détecter la maladie par l'épreuve d'hyperglycémie provoquée, mais le problème n'est pas résolu.

Le diabète de l'enfant est pour le Pédiatre le type même de la maladie chronique. Il doit apprendre à la famille et à l'enfant la maladie, le traitement, la surveillance du traitement. Il doit lutter pour préparer l'intégration future des jeunes diabétiques dans la société.

PHENYLCETONURIE :

Deux cas. Sur 500 examens systématiques de GUTHRIE, la proportion est très grande, mais il s'agit sans doute de loi du hasard! C'est un beau résultat du dépistage systématique. Un enfant avait un aîné atteint de la maladie. L'autre enfant présentait au dixième jour un test de GUTHRIE douteux. L'épreuve de charge à la phénylalanine a confirmé le diagnostic. Le phénistix était négatif.

Les deux enfants ont été mis à un régime pauvre en phénylalanine. Avec le recul, le régime semble avoir été un bon succès.

LA MUCOVISCIDOSE :

Deux cas confirmés dont un reconnu sur les antécédents familiaux. Un cas suspecté sur les antécédents familiaux, mais l'enfant a été perdu de vue.

Nous avons parlé plus longuement de ces cas dans un autre chapitre.

Ils illustrent bien la place que doit prendre le test de la sueur dans le diagnostic de la maladie et sa prescription au moindre doute devant des infections O.R.L. répétées, pneumo-

pathies traînantes, troubles digestifs ou hypotrophie.

Le traitement et la surveillance sont complexes en ville et pourtant certains Pédiatres praticiens se sont attelés à cette tâche et y réussissent.

DESHYDRATATION AIGUE :

33 cas ont été fichés. La fréquence est donc encore relativement grande actuellement. Toutes étaient dues à un problème digestif. Certaines sont brutales, mais on a la conviction que beaucoup seraient évitables si les mères étaient bien informées par leur Médecin, dès les premiers mois de la vie, de la conduite à tenir en cas de troubles digestifs, fortes chaleurs, état fébrile, et des moyens de dépister les premiers signes de la déshydratation.

Le traitement habituel est un succès, mais des séquelles sont encore possibles en cas de déshydratation aigue avancée, en particulier sur le plan psychomoteur, avec ou sans comitialité.

SUCRES ET LIPIDES :

A ce jour aucune intolérance aux sucres et aux lipides n'a été rencontrée.

°°°

N E U R O L O G I E

- CONVULSIONS "HYPERPYRETIQUES"	64	- 37 G 27 F
- COMITIALITE	24	- 3 Petit Mal 21 Grand Mal 16 G 8 F
- SPASMES EN FLEXION	4	- 4 G
- MENINGITES PURULENTES	8	
- MENINGITES LYMPHOCYTAIRES	9	
- ENCEPHALITES	3	
- TUMEURS CEREBRALES	4	
- HYDROCEPHALIE	8	dont 1 DCD
- CRANIOSTENOSES	3	
- SPINA BIFIDA et MENINGOCELE	4	dont 2 DCD
- WERDNIG HOFFMAN	4	
- ATAXIE TELANGIECTASIE	1	
- I M C PURES	18	
- RETARD PSYCHO-MOTEURS DIVERS	62	dont 33 G et 29 F
- RETARDS ISOLE DE LA MARCHE	14	dont 9 G et 5 F
- CEPHALEES ESSENTIELLES	18	
- PARALYSIES PERIPHERIQUES	3	
- TRAUMA CRANIENS avec COMA	5	
- PHACOMATOSE	1	
- H E D	1	

Les hémorragies méningées sont envisagées au chapitre des nouveaux-nés.

°°°

La neurologie est un chapitre capital pour le Pédiatre par sa pathologie infectieuse, tumorale, vasculaire et dégénérative. C'est sûrement l'une des plus nobles tâches du Pédiatre que de saisir les limites normales du développement du nourrisson sur le plan moteur et psychique.

Les travaux de certaines écoles françaises,en particulier ceux de Madame SAINT-ANNE D'ARGASSIES, nous ont beaucoup apporté en ce domaine.

Les moyens d'approche du Pédiatre en neurologie sont surtout cliniques. Il doit bien connaître les différentes techniques d'examens adaptées à chaque âge. L'électroencéphalogramme, apporte aussi de précieux renseignements. Les autres examens para cliniques sont demandés en fonction de l'étiologie supposée.

LES CONVULSIONS HYPERPYRETIQUES (13) :

64 cas ont été observés, ce qui représente une fréquence absolue de 1,20%. L'âge auquel elles sont survenues se situe entre 4 mois et 4 ans, mais avec une particulière prépondérance entre 1 an et 18 mois.

La convulsion est survenue à chaque fois lors de l'ascension brutale de la température, celle-ci étant la conséquence habituelle d'une infection rhinopharyngée, otitique ou pulmonaire.

Le diagnostic de la convulsion typique est facile, mais le Pédiatre doit accorder la même valeur aux formes frustes : brutal accès d'hypotonie avec pâleur, épisode de révulsion oculaire avec cyanose.

L'E.E.G. montre des signes paroxystiques dans près de 65% des cas des tracés proches des crises.

Les antécédents familiaux n'ont pas été assez explicités pour en faire état.

L'évolution paraît souvent favorable, hormis les séquelles des quelques cas d'état de mal rencontrés.

Notre étude n'est pas assez prolongée pour connaître le pourcentage des futurs comitiaux (14).

Le problème pour le Pédiatre, est le traitement. Il est en effet discuté.

Une des tendances actuelles est d'instituer un traitement barbiturique prolongé jusqu'à 4-5 ans, d'autant plus :

- si l'E.E.G. est perturbé,
- s'il existe des antécédents familiaux,
- et à "fortiori" si la convulsion s'est répétée.

Le Pédiatre doit avoir la hantise du grand état de mal et de ses dégats cérébraux. Comme chacun, nous en avons malheureusement des exemples.

Le traitement se justifie donc sûrement, encore faut-il en expliquer les raisons et les servitudes aux parents. Il faut retirer à la crise son caractère mystérieux et faire admettre aux parents de considérer cet enfant comme tout à fait normal, ce qui évitera la survenue de troubles psychologiques surajoutés.

LA COMITIALITE :

Les 24 cas notés dans ce chapitre présentent une comitialité pure, sans signe d'encéphalopathie profonde ou d'infirmité motrice cérébrale importante.

Ce chiffre représente en valeur absolue 0,40%, ce qui concorde avec le chiffre couramment admis de la population épileptique chez l'adulte.

Cette comitialité se présentait sous 2 formes :

. 3 enfants étaient atteints de Petit Mal.

. 21 de Grand Mal.

Les préoccupations du Pédiatre sont l'équilibration du traitement en rapport avec le tracé EEG et la tolérance clinique, la décision d'arrêt du traitement, le problème des troubles psychologiques très souvent associés, de la scolarité. Le devenir de ces enfants est encore trop souvent réservé.

Dans le chapitre de la comitialité, on a mis à part le problème des spasmes en flexion, car leur symptomatologie et leur pronostic sont bien particuliers.

4 cas ont été observés; cette fréquence n'est donc pas à négliger en raison de la gravité du pronostic.

Dans la statistique : parmi les 4 cas observés 2 enfants sont décédés, avant l'âge de 1 an.

Pour 1 seul, la détérioration intellectuelle n'est pas trop grande, puisque maintenant à l'âge de 2 ans il marche, monte les escaliers, dit quelques mots. L'action de L'ACTH et des corticoïdes ne nous a pas paru convaincante.

CONVULSIONS DIVERSES :

Dans 9 observations, le diagnostic est resté hésitant.

Sans doute faut-il un temps d'observation plus long pour les classer.

LES MENINGITES :

17 cas de méningites ont été observés.

1°) Les Méningites lymphocytaires - 9 cas ont été notés.

Mais ce chiffre est probablement sous-estimé, car les enfants sont vus à l'Hôpital d'emblée.

Les tableaux présentés sont classiques, l'évolution est simple.

Aucunes séquelles n'ont été observées. Au point de vue étiologique : une seule méningite ourlienne confirmée. Les études virologiques sont longues et décevantes.

2°) Les Méningites purulentes - 8 cas ont été relevés :

Là aussi ce chiffre paraît un peu bas.

Le Pédiatre doit toujours y penser, au moindre doute l'hospitalisation de l'enfant est nécessaire pour confirmer le diagnostic par la ponction lombaire.

Les germes dominants restent les méningocoques chez l'enfant et le colibacille chez le nouveau-né.

Le pronostic est bon dans l'enfance, mais il est toujours très sévère chez le nouveau-né.

Aucun cas de méningite tuberculeuse n'a été observé.

LES ENCEPHALITES :

3 cas ont été notés.

En fait, parler d'encéphalite est difficile car la définition est seulement anatomique, et on mélange trop souvent divers facteurs :encéphalopathies métaboliques, hémodynamiques et inflammation aiguë du tissu cérébral.

Les tableaux présentés sont très divers :

On a observé :

. 1 cas de syndrome encéphalitique de la grippe, d'évolution bénigne,

. 1 cas de méningo encéphalite herpétique,

. 1 cas d'encéphalite vaccinale très probable devant la date d'apparition, le tableau clinique, l'absence d' autre cause décelable et d'antécédents, et enfin, l'évolution . Les séquelles chez cette enfant sont épouvantables.

LA PATHOLOGIE TUMORALE :

4 tumeurs cérébrales et médullaires ont été découvertes.

Ce chiffre est donc faible, mais la nécessité d'un diagnostic précoce, la gravité du pronostic, doivent toujours faire évoquer au Pédiatre cette possibilité devant tout syndrome neurologique, même peu évident ou bénin en apparence - céphalées chez l'enfant, troubles de la vue, pertes de l'équilibre, vomissements mal expliqués, hypersomnie.

Parmi les 4 cas :

- 1 cas bénin opéré, avec guérison complète.

Il s'agissait d'un neurinome de D 10 - D 11 qui s'était révélé par une paraplégie spasmodique.

- 1 autre était atteint d'un gliome bilatéral de la rétine,

- 1 enfant atteint d'un crâniopharyngiome, est décédé au bout de trois ans d'évolution après deux interventions.

- 1 autre présentait aussi un crânio pharyngiome.

L'histoire de A.H., 4 ans, est navrante et montre bien la difficulté du diagnostic des tumeurs cérébrales chez l'enfant.

La Maman d'Hamza nous l'avait montré pour renouveler une ordonnance d'Oxyferriscorbone, prescrite pour un ulcère gastrique devant l'association de vomissements et d'une réaction inflammatoire bulbaire radiologique.

Le diagnostic méritait quelques compléments d'informations. De fait, depuis 3 mois, Hamza vomissait par accès, il accusait même quelques céphalées et son caractère se modifiait ; il refusait de se promener et hurlait dès qu'il fallait descendre un escalier.

L'examen neurologique, conduit avec des arrière-pensées se révélait normal, mais la marche était très perturbée, l'enfant n'avançant qu'à tatons, ne pouvant monter seul sur le pèse-per-

sonne.

L'examen ophtalmologique d'urgence révélait une atrophie quasi totale du nerf optique. La radio du crâne montrait de fines calcifications suprasellaires. L'intervention confirmait le diagnostic de crâniopharyngiome, et permettait d'extraire presque totalement la tumeur. Hamza n'a pas eu de récidive après 6 ans ; son déficit hypophysaire est facilement jugulé par un traitement.

Hamza est en fait en bonne santé...mais il est aveugle!

LES HEMATOMES :

Aucun hématome sous-dural n'a été observé.
1 cas d'hématome extra-dural.

LES MALFORMATIONS :

1°) L'hydrocéphalie.

9 cas ont été relevés - la fréquence n'est donc pas négligeable.

Pour le Pédiatre praticien, plusieurs questions se posent :

1) le diagnostic d'hydrocéphalie. Dans certains cas le Pédiatre s'est trouvé devant un nourrisson présentant un gros crâne, isolé sans signe d'hypertension intracrânienne. Seule la surveillance rapprochée du P.C. a permis d'éliminer le diagnostic en montrant une croissance normale. Ces cas sont souvent familiaux.

2) Le problème angoissant du traitement ; il est maintenant certain que toute hydrocéphalie présentant des signes d'évolutivité doit conduire au neurochirurgien. En effet, seul le traitement chirurgical évite les graves séquelles neurologiques. Mais il comporte aussi d'autres risques en particulier infectieux. Aussi devant une hydrocéphalie stabilisée, c'est-à-dire lorsque disparaît tout signe d'hypertension intra-crâ-

nienne, l'intervention sera repoussée. En fait le problème est bien difficile et bien sûr, le Pédiatre ne peut décider sans l'avis du neurochirurgien.

Nous détaillerons un cas avec évolution favorable.

Cette enfant présentait une hydrocéphalie par atrésie de l'aqueduc de Sylvius, hydrocéphalie opérée et appareillée à l'âge de 5 mois. A l'intervention le cortex paraissait très mince, et le pronostic ultérieur semblait très réservé. Or cette enfant actuellement âgée de 7 ans, va à l'école, présente peu de troubles neurologiques, et n'a jamais eu de complications infectieuses.

1 seul cas comme celui-ci modifie donc l'attitude envers les autres.

LES CRANIOSTENOSES :

3 cas ont été notés. Là aussi le diagnostic doit être précoce pour éviter les séquelles neurologiques. La surveillance du F.O. est l'élément capital.

Le traitement chirurgical a donné de bons résultats.

SPINA BIFIDA et MENINGOCELE :

4 cas - 2 enfants sont décédés et présentaient des malformations multiples.

LA MALADIE DE WERDNIG HOFFMAN (15) :

4 enfants présentaient une maladie de Werdnig-Hoffman et ont été suivis. Ces 4 enfants appartenaient à la même fratrie. La maladie s'est révélée pour chacun des enfants vers l'âge de 4-5 mois par une grande hypotonie. 3 des enfants sont décédés avant l'âge de 1 an par insuffisance respiratoire. Le 4ème enfant atteint vient de mourir, âgé de 9 mois.

Une seule enfant de 3 ans est vivante et ne présente aucun trouble.

L'incidence familiale est troublante dans ces observations, mais d'autres travaux font état des mêmes faits.

Cette maladie est toujours à discuter dans l'hypotonie des premiers mois.

ATAXIE - TELANGIECTASIE (16) :

1 cas a été observé;

Le diagnostic de la maladie a été fait vers l'âge de 4 ans, alors que le début des troubles de l'équilibre se situait au moment de l'acquisition de la marche. Cette enfant présentait des télangiectasies oculaires caractéristiques, pas de déficit immunologique : la présence d'une hépatomégalie dure était inhabituelle dans la maladie.

L'enfant est décédée à 4 ans et demi dans un tableau de cachexie alors qu'on évoquait le diagnostic de tumeur maligne du foie.

ENCEPHALOPATHIES CHRONIQUES ET RETARDS PSYCHOMOTEURS (19) :

80 cas ont été notés, ce qui représente 1,3%.

Parmi ces 80 cas on distingue :

- 18 cas d'infirmité motrice cérébrale,
- 62 cas de retards psychomoteurs divers.

Pour le Pédiatre praticien, 3 problèmes :

1°) le dépistage précoce du retard psychomoteur,
2°) la recherche de son étiologie,
3°) la prise en charge morale et matérielle de l'enfant, de sa famille.

1°- LE DEPISTAGE (20) :

Le diagnostic est relativement facile. Il faut avoir une bonne habitude de l'examen neurologique du nourrisson aux différents âges, et connaître les principaux signes pathologiques

à ces divers stades.

Le diagnostic doit être précoce et précis.

2°- LA RECHERCHE DE L'ETIOLOGIE :

Elle est relativement facile s'il s'agit d'une infirmité motrice cérébrale pure ou associée à un retard mental, ou à un déficit sensoriel. On retrouve habituellement un accident périnatal : grande prématurité, anoxie néonatale, hémorragie méningée.

Plus difficile est la recherche de l'étiologie, lorsque le retard psychomoteur s'accompagne ou non d'une dysmorphie ou de malformations multiples. Dans ce cas, l'étiologie est sûrement une maladie anténatale, mais bien préciser l'origine de cette maladie est presque toujours impossible.

Les "bilans" sont fréquemment négatifs, et on invoque des troubles métaboliques ou génétiques encore non connus, ou non décelables...

Devant ces problèmes le Pédiatre peut se sentir agacé, impuissant et angoissé par l'impossibilité de trouver une origine à ces troubles.

Mais ce n'est que par un effort incessant de recherche que nous arriverons à mieux cerner ces cas et peut-être à mieux les prévenir.

Nous pensons qu'un tableau clinique précis doit être exigé pour orienter les multiples explorations possibles.

3°- Or LA TROISIEME PREOCCUPATION du Pédiatre, est LA PRISE EN CHARGE de l'enfant et de sa famille : (18)

Les parents l'interrogent sur l'avenir de leur enfant, il ne peut leur donner une réponse, car l'avenir est très difficile à juger. Beaucoup d'espoirs sont permis par les efforts actuels, privés ou publics (Associations privées, consultations

du CESAP, mise en application de la "Rationalisation des Choix budgétaires" du Ministère de la Santé sur la Périnatalité).

A l'âge du nourrisson, il doit s'occuper de la mise en route de la kinésithérapie, de la rééducation sous toutes ses formes ; il doit aider les parents à trouver un équilibre, à résoudre les problèmes posés par les frères et soeurs de l'enfant.

Pour l'enfant plus grand, il doit favoriser l'insertion dans sa famille et dans des structures spécialisées :

- Externat médicopédagogique,
- Instituts médico professionnels
- Ateliers protégés
- Monde industriel, foyers...

La tâche du Pédiatre est donc ardue et ne se borne pas à "faire" le diagnostic d'une encéphalopathie. Le plus grand risque pour lui est le "désintérêt" devant ces enfants.

Mais nous sommes convaincus qu'il ne faut pas abandonner: tout encéphalopathe est perfectible, ne serait-ce que par l'affection qu'on lui apporte.

. Quelques problèmes particuliers :

. 1 - les retards isolés de la marche :

14 cas ont été observés.

Pour chacun la marche a été acquise après 18 mois.

Devant ces retards, il faut éliminer une anomalie au niveau du squelette, l'existence de troubles neurologiques et musculaires.

Il faut enseigner aux parents une kinésithérapie simple.

. 2 - les céphalées essentielles :

18 cas ont été notés.

Le problème majeur pour le Pédiatre est d'éliminer une hypertension intracrânienne. L'examen du Fond d'oeil est essentiel.

On trouve parfois un trouble de la vision. Le diagnostic de migraine peut être assez souvent retenu chez le grand enfant.

. 3 - Paralysies périphériques :

2 cas de paralysie faciale à frigoré.

. 4 - Maladie de Bourneville :

1 cas observé, suspecté sur l'association classique de convulsions et de signes cutanés.

°°°

PROBLEMES PSYCHOLOGIQUES

- ANOREXIES D'OPPOSITION	62	20 G - 42 F
- ENURESIES	113	76 G - 37 F
- INSTABILITE	76	37 G - 39 F
- TROUBLES DU LANGAGE	76	61 G - 15 F . 6 retards d'apparition, .55 dyslexies, . 5 bégaiements, .10 troubles divers,
- TROUBLES AFFECTIFS DOMINANTS	46	30 G - 16 F
- TROUBLES CARACTERIELS	65	53 G - 12 F
- TROUBLES SCOLAIRES	69	47 G - 22 F
- TROUBLES DU SOMMEIL	14	6 G - 8 F
- NEVROSES	10	6 G - 4 F
- PSYCHOSES	2	2 G
- MERYCISME	2	
- ENCOPRESIE	1	

°°°

REMARQUES GENERALES :

On est frappé par l'importance numérique de ce chapitre : sûrement le plus important parmi la pathologie rencontrée par le Pédiatre praticien.

425 enfants ont été vus par le Pédiatre pour des problèmes psychologiques dominants la scène. Ce qui représente une fréquence absolue de 8%, fréquence réelle nettement plus élevée puisque le total des fiches comporte les nouveaux-nés vus lors de l'examen néo-natal et souvent non suivis après.

Si l'on fait abstraction de ceux-ci, la fréquence passe à plus de 11% des enfants.

On doit dire d'emblée qu'il a été difficile de classer les syndromes, car souvent les problèmes sont intriqués. Les syndromes ont été notés dans la catégorie de symptômes dominants. On a rencontré des tableaux allant des plus bénins aux plus graves, avec toujours retentissement sur la vie familiale et sociale de l'enfant.

Les problèmes psychologiques sont l'exemple typique de maladies "sociales". Ils s'attaquent à la notion même de la "Pédiatrie sociale" : étude du bon équilibre de l'enfant et du milieu.

On est convaincu qu'il faut s'attacher à ces problèmes, car on peut ainsi éviter beaucoup de catastrophes et donc remplir un "rôle de Pédiatre social". En effet de même que l'effort fourni pour réanimer des nouveaux-nés en détresse paraît avoir des résultats numériquement secondaires par rapport à l'action préventive menée avant l'accouchement, de même il semble plus important d'éviter ou de détecter les troubles mineurs à leurs débuts que d'être amené à de longs et coûteux

traitements sur des enfants déjà handicapés.

MAIS ces problèmes nécessitent du temps à consacrer à l'enfant et à sa famille, une volonté du Pédiatre "d'appréhender" son petit malade dans sa totalité, une certaine faculté à écouter et deviner les parents.

Cette faculté d'écoute nous paraît devoir être une qualité essentielle du Pédiatre, comme de tout médecin ; même lorsqu'il n'y a aucune demande ponctuelle sur le plan psychologique, il faut s'attacher à la déceler.

L'expérience nous a très souvent montré que le signe organique présenté par la mère n'était qu'une façon inconsciente de demander du secours pour un problème relationnel beaucoup plus profond.

- Enfin, une formation psychologique du Pédiatre est nécessaire. Elle semble insuffisante et superficielle actuellement.

Le Pédiatre doit d'autre part bien connaître les moyens actuels de diagnostic et de traitement : tests, psychothérapie, psycho-motricité, rééducation, structure d'accueil.

Son travail est facilité par la proximité d'une équipe psychopédagogique, dans laquelle il doit absolument s'intégrer et travailler.

Dans 182 observations, soit 3,43%, on a eu recours au Psychologue.

LES ANOREXIES (21) :

Elles représentent en fréquence absolue :

- 15% des problèmes psychologiques posés au Pédiatre.

Elle prédomine chez la fille :

. 70% de filles (cette différence paraît significative),

. 30% de garçons.

Les parents viennent consulter le plus souvent avant l'âge de deux ans.

Le tableau est souvent classique : l'anorexie a débuté avec le sevrage, la diversification de l'alimentation, le passage à une alimentation semi-liquide ou solide.Le refus alimentaire progressivement s'accentue. Le conflit Mère-enfant au cours du repas est de plus en plus évident.

Les facteurs d'apparition nous ont semblé être :

- Mère jeune, méticuleuse, rigide, anxieuse, travaillant, ayant eu elle-même des ennuis dans l'enfance ; mésentente familiale.

- Le mythe du bel enfant, du poids "idéal", de la quantité de nourriture à faire absorber à l'enfant.

- On a l'impression que le% des enfants hypotrophiques à terme dans ce lot n'est pas négligeable, mais ce facteur a été noté depuis trop peu de temps car les critères étaient encore mal connus du Pédiatre praticien il y a quelques années.

Le traitement médical est inexistant en dehors des calmants.

L'évolution dépend en fait des relations avec les parents. Aucune séparation d'avec la mère n'a été exigée, mais quelques cas ont cédé avec un court séjour en milieu hospitalier pour bilan.

En fait le rôle du Pédiatre est surtout préventif :

L'alimentation du nourrisson doit être détaillée, écrite : Il faut éviter les règles rigides. Il faut expliquer à la mère que son enfant peut avoir des besoins différents des autres enfants, qu'il n'y a pas d'enfant-type, que l'introduction des différents aliments, de la cuillère doit se faire avec souplesse, que le repas ne doit pas être une source de conflit.

Cette "puériculture de luxe" est essentielle.

LES ENURESIES (22) :

113 cas ont été notés, ce qui représente en valeur absolue 2%, mais le 1/4 des consultations motivées par des problèmes psychologiques.

La prédominance des garçons est certaine et semble significative (68% de garçons).

Les critères retenus ont été les suivants :

- âge supérieur à 5 ans,
- continence diurne,

Il faut bien distinguer, énurésie primaire et énurésie secondaire qui succède à une longue période de continence nocturne, l'énurésie secondaire étant presque toujours d'origine psychogène.

Ce symptôme nécessite de la part du Pédiatre beaucoup de temps, car il faut :

- longuement interroger les parents sur l'anamnèse, les éventuels troubles mictionnels ; préciser les précautions prises pour ne pas souiller le lit, leur attitude vis-à-vis du symptôme, l'attitude de l'enfant lui-même devant celui-ci.

- s'entretenir avec l'enfant, dans une atmosphère bienveillante et neutre, sans trop centrer le problème de l'énurésie, pour se faire une idée de la personnalité de l'enfant.

Le bilan complémentaire paraît disproportionné par rapport au symptôme mais il doit être fait. Nous avons demandé :

- albuminurie des 24 heures,
- examen cytobactériologique des urines,
- et le plus souvent U.I.V.

Un simple reflux, sans souffrance sus jacente, nous a paru assez fréquent pour être toujours recherché.

Nous avons ainsi découvert 3 uropathies malformatives.

Dans la majorité des cas le bilan est négatif, l'énurésie

a une origine psychogène. On retrouve souvent à l'interrogatoire:

- une éducation rigide, trop précoce de la propreté,
- un manque de patience des mères,
- une mésentente au sein du couple,
- un conflit parents-enfants,
- des antécédents familiaux : il existe indéniablement des familles d'énurétiques.

Prendre en main le traitement d'une énurésie psychogène demande, de la part du Pédiatre praticien beaucoup de temps ce qui n'est pas toujours facile dans le cadre d'une clientèle de ville.

Lorsque la tolérance de l'enfant vis-à-vis de sa maladie est assez bonne, le Pédiatre peut se charger d'une psychothérapie superficielle.

Il faut revoir souvent l'enfant, susciter chez lui le désir de guérir, l'aider à sortir de sa passivité et de sa regression. Il faut lui demander une participation active, la tenue par lui-même d'un carnet ou il marquera chaque nuit sèche, carnet qu'il apportera à la consultation suivante.

Il importe, vis-à-vis des parents, de faire disparaître les punitions (on a trouvé le cas d'une fille de 14 ans qui recevait une fessée, chaque matin!) d'obtenir la supression des couches.

Lorsque l'immaturité mictionnelle domine, la rééducation mictionnelle doit être entreprise avec la coopération des parents.

Le traitement médicamenteux a des succès très variables.

On a utilisé surtout des régulateurs du sommeil (car il existe presque toujours des troubles du sommeil : Melleril, Dogmatil). Le Tofranil 10, à la dose de 2 à 3 comprimés par jour pendant 6 mois a donné des succès mais a été associé à une psychothérapie et à une hygiène de vie.

Enfin, on a obtenu quelques succès avec le "Pipi-Stop" , mais ce moyen n'a été prescrit que chez l'enfant ne présentant pas de troubles affectifs ni d'émotivité importante.

De tout ceci il ressort que l'énurésie ne peut être vaincue que s'il existe des relations de confiance entre les parents, l'enfant et le Pédiatre.

En ce qui concerne les associations avec l'énurésie, on n'a pas retrouvé de relation nette avec les troubles de la latéralité, ni avec les troubles scolaires.

INSTABILITE :

L'individualité de ce groupe semble bien répondre à une instabilité physique, psychique et biologique, sans troubles caractériels ou affectifs importants.

Il présente deux morphotypes assez évocateurs :

- le petit, rablé, "musculaire",
- le grand blond "neurovégétatif".

L'histoire que raconte la maman est assez évocatrice et est rapidement confirmée par la présentation de l'enfant à l'examen. On décèle rapidement des fluctuations du tonus, un état variable de la vigilance, qui font de ces enfants des agités, épuisant leur entourage et rapidement catalogués par la mère ou l'enseignant comme "instables".

Ces signes traduisent :

- d'une part, la labilité de leur équipement neuro-physiologique ;
A noter que ces enfants ont un mauvais schéma corporel.

- d'autre part, la qualité de leurs relations psycho-émotionnelles :
l'enfant a des réactions de contenance, qui traduisent son inconfort par rapport à l'adulte, des réactions de prestance (paratonie, syncinésies, blocage respiratoire, impression de

"malaises") avec une grande aptitude à la conservation des attitudes.

Le cycle nyctéméral de ces enfants semble perturbé et l'on en trouve beaucoup parmi eux qui sont levés très tôt et confiés à une nourrice, car la maman travaille.

Sur le plan biologique on note souvent de légères perturbations des constantes sanguines (glycémie-calcémie)...

Sur le plan thérapeutique, la chimiothérapie est décevante, et les barbituriques entraînent en règle une réaction paradoxale. Seuls peut-être l'Atarax et le Nozinan sont un bon appoint.

La rééducation psycho-motrice et la relaxation nous ont donné par contre de bons résultats.

- la première fait passer l'instabilité dans le mouvement et dans l'espace, permet de trouver des limites à partir du corps. Elle est souvent indiquée entre 4 et 9 ans.

- la seconde essaie d'établir de nouvelles relations entre l'activité mentale et l'activité motrice.

- une autre méthode, moins lourde, consiste à faire acquérir à l'enfant un bon schéma corporel par une gymnastique appropriée.

Comme nous le voyons, le tableau est assez univoque.

Certains auteurs ont décrit des faits assez proches (DURANT Cl. H. les neurolabiles). On pourrait sans doute aussi en rapprocher l'ancien cadre des "spasmophiles".

LES TROUBLES DU LANGAGE ET DE LA PAROLE :

Dans 76 cas il s'agissait du motif de la consultation.

Pour quelques enfants (21) il s'agissait de troubles de l'élocution et de la phonation, les autres présentaient une dyslexie.

On a découvert 55 dyslexies ce qui représente environ 1%

des enfants.

La définition de la dyslexie est difficile, car elle s'appuie en fait sur des arguments négatifs : on a retenu la définition de DUCHE : "difficulté à acquérir la lecture dans les délais habituels, chez un enfant ne présentant aucun déficit sensoriel, ni intellectuel, ayant fréquenté l'école de façon régulière, sans changement fréquent de maître".

Les tests diagnostics sont aussi controversés :

- la lecture est monotone, hachée, il existe des confusions de lettre, des inversions, des confusions de phonèmes voisins, des élisions, un dégout pour la lecture.

Plus tard il existe une dysorthographie, alors que la copie peut être bonne.

- un bon signe, l'enfant est bon en calcul,
- enfin, à l'interrogatoire on retrouve souvent des antécédents familiaux, retard d'apparition du langage, trouble de l'élocution.

Le test de l'alouette ne semble pas avoir apporté dans notre expérience d'argument diagnostic supérieur aux tests classiques.

Tous ces troubles s'ils ne sont pas dépistés assez tôt, ont des conséquences fâcheuses, et à tout coup sur la scolarité, surtout avec le système d'éducation en France.

Le rôle du Pédiatre est donc important, car la rééducation donne de bons résultats si elle est entreprise tôt.

Elle consiste :

1°) en une modification de l'attitude des parents et du maître.

Il faut s'efforcer de maintenir l'enfant dans une classe ou il suit en calcul. On a essayé d'agir au niveau de l'Inspection Académique pour lutter contre des redoublements abusifs. Mais la chose n'est pas toujours facile!

2°) La rééducation proprement dite.

Dans le cadre de l'école, elle peut être tentée s'il existe un personnel spécialisé. Mais bien souvent il faut avoir recours à d'autres structures : CMPP, rééducatrices privées.

Les résultats sont assez bons dans l'ensemble, du moins à moyen terme. La durée du traitement est variable : parfois 1 an, 2 ans, voire 3 ans. Mais il faut se préoccuper aussi des troubles relationnels de l'enfant. Le pronostic ultérieur est plus difficile à porter. Il semble bien en effet que l'enfant dyslexique garde souvent de petites difficultés d'insertion dans la vie sociale.

TROUBLES DE LA LATERALITE :

Ils n'ont pas été notés car :

- ils paraissent très fréquents, sur un mode mineur et on se demande s'ils ont une individualité propre ; ils s'inscrivent en effet presque toujours dans un ensemble de troubles relationnels, de troubles moteurs minimes.

- par contre, on n'a pas observé de rapport précis avec la dyslexie.

TROUBLES AFFECTIFS :

Les 45 cas notés présentaient des troubles affectifs dominants souvent associés aux autres troubles.

Les tableaux sont très variables, les conséquences aussi, l'échec scolaire est fréquent.

Les problèmes de relation parents-enfant qui sont à l'origine de ces troubles affectifs, étaient dus soit à une mésentente familiale des parents divorcés, une mère anxieuse, phobique, hypochondriaque, un père faible ou trop autoritaire.

Sur les 6.000 dossiers, on relève :

- 67 divorces (soit 1%)
- 64 mésententes graves (soit 1,20%)

Notons, dans le cas de divorce, un problème juridique auquel nous avons été souvent confronté. Nous voulons parler des certificats que l'on exige du médecin, en toutes occasions, et qui deviennent entre les mains de l'un ou l'autre des parents, un moyen de chantage idéal, l'enfant n'étant plus que le support d'un conflit sans issue. Notre responsabilité est toujours lourdement engagée dans ces cas.

Le traitement de ces troubles affectifs est difficile.

Généralement, les troubles sont importants. On sent l'enfant "malheureux". La psychothérapie est alors tout à fait indiquée. Elle peut revêtir diverses formes, psychothérapie de groupe, individuelle, psychodrame,atelier de dessin.

Les parents doivent coopérer, pour que le résultat obtenu soit sensible. Mais, on se heurte souvent à des parents qui "n'y croient pas"...

On voit l'importance d'une bonne relation, et de la proximité d'une équipe psychopédagogique, faute de quoi le Pédiatre est bien démuni.

LES TROUBLES DU CARACTERE (23) :

En fait ce chapitre est assez artificiel. On y a noté les enfants présentant un trouble caractériel important, sans trouble affectif évident.

La prédominance des garçons est nette.

On ne retrouve pas spécialement une catégorie précise de facteurs favorisants (par exemple : prématurité, niveau social ou professionnel).

Le tableau présenté est surtout de type agressif : colères explosives, tyrannisme, chantage, jalousie.

Le traitement est fonction de l'étiologie et nécessite du temps et du doigté de la part du Pédiatre. Des conseils, une modification du mode de vie, ont suffit dans de nombreux cas.

Ailleurs, la psychothérapie par des personnes qualifiées est nécessaire.

LES NEVROSES :

9 cas ont été notés. Le nombre est donc faible par rapport aux autres troubles psychologiques rencontrés.

Elles sont sans doute vues directement par le Psychiatre, ou dirigées directement par les structures scolaires.

On a pourtant observé quelques cas de phobies, d'angoisse.

PSYCHOSES :

2 cas d'autisme chez des enfants vus dans un institut médico-éducatif.

LES ECHECS SCOLAIRES :

69 enfants ont été vus par le Pédiatre pour ce motif.

Ce qui représente une fréquence absolue de 1,15% et 19% des problèmes psychologiques.

En fait, seuls les cas majeurs isolés ont été notés, le classement de ces troubles scolaires est difficile.

L'étude des "normes françaises" est sûrement inadéquate. En effet, la maturité de l'enfant est très variable, s'adapte mal au cycle rigide de l'enseignement français.

Le corps enseignant est parfois insuffisamment formé.

Le nombre dans les classes est souvent trop important et la sélection trop rigide.

On a constaté des interrelations très nettes entre les troubles scolaires et les autres troubles : troubles du compor-

ment, troubles affectifs.

Comme pour tous les autres problèmes psychologiques les moyens à la disposition du Pédiatre sont l'équipe pluri-disciplinaire avec psychologues, rééducateurs, orthophonistes ; dans le cadre d'un CMPP ou d'autres structures plus souples, comme le Centre de Guidance Infantile (privé).

L'intégration du Pédiatre dans de telles équipes nous paraît importante. Elle lui permet de s'ouvrir à toutes les techniques utilisées dans l'éducation de l'enfant. Elle lui permet de suivre chaque enfant au cours de réunions de synthèse. Elle permet aussi de canaliser certaines initiatives, de redresser certaines erreurs d'orientation, voire même d'arrêter une prise en charge si elle ne s'avère pas bénéfique. Nous sommes convaincus de la nécessité de l'abord psychologique de l'enfant, mais il faut savoir résister également à l'envie de "psychiatriser" tout symptôme. Là encore, le "risque thérapeutique" peut être grand.

°°°

OS ET ARTICULATIONS

PATHOLOGIE DU RACHIS :		
- Attitudes scoliotiques de l'enfant	69	37 F - 32 G
- Attitudes scoliotiques du nourrisson	21	9 F - 12 G
- Scolioses vraies	4	
PATHOLOGIE DES PIEDS :		
- Bots	19	11 F - 8 G
- Pieds valgus	3	
- Pieds varus	3	
- Pieds complexes	1	
PATHOLOGIE DE LA HANCHE		
- Luxations de la hanche - Dysplasies	65	52 F - 13 G
- Antéversion du col > 60°	4	
- Coxavalga	3	
- Ostéochondrite	6	
- Hanche à ressaut	1	
OSTEOMYELITES	6	
RACHITISME		
(majeur avec signes radiologiques)	7	
NANISME		
(et gros retards staturaux)	20	8 F - 12 G
Maladie de SCHEUERMANN	2	
DYSTROPHIE THORACIQUE ASPHYXIANTE	2	
Maladie de PYLE	1	
Maladie de CAFFEY	1	
Maladie des EPYPHYSES PONCTUEES	1	
THORAX EN CARENE	14	
SPONDYLOLISTHESIS	1	
SOLUTION DE CONTINUITE ILEO-PUBIENNE ISOLEE	1	
OSTEOME OSTEOIDE	1	

Aucune tumeur maligne

°°°

LUXATION DE HANCHE ET HANCHES DYSPLASIQUES (26-27) :

65 dont 13 garçons et 52 filles.

Toutes sauf 2 ont été découvertes à la naissance, lors de l'examen systématique néonatal.

Une a été découverte à l'âge de 1 an et demi.

Une autre à six mois. Leur évolution est grave ; le traitement est encore en cours.

La fréquence paraît importante, ce qui s'explique par l'examen systématique des nouveaux-nés. La notion de sexe semble confirmée ainsi que la notion de région d'origine.

La plupart de ces anomalies ont été découvertes par le signe du ressaut ; un ressaut perçu nettement à deux examens rapprochés dans les 8 premiers jours de la vie, est toujours la preuve d'une hanche luxable ; il n'est pas toujours confirmé par la radio. C'est dire l'importance de cette manoeuvre, simple mais qui demande un grand entraînement.

Certaines dysplasies ont été découvertes, par radios systématiques faites chez des enfants nés par la présentation du siège.

On sait maintenant que 2/3 des hanches instables deviennent pathologiques, 1/3 évoluent vers la normale (RIGAUT - JUDET).

Le diagnostic de ces hanches instables est donc une question d'état d'esprit : si on demande tous les signes classiques de la luxation de hanche, on risque des erreurs par défaut.

Si la radio est demandée, on doit se baser sur une seule anomalie : éloignement et surélévation d'un fémur, rupture d'un cintre obturateur, angle du cotyle trop ouvert.

Le problème de la radiographie systématique à la naissance reste à débattre, car elle ne permet pas de dépister toutes les hanches instables. Par contre, le ressaut, lui, signe le diagnostic de façon formelle et impose l'abduction.

C'est seulement à partir de 4 mois accomplis que la radio permet à elle seule d'affirmer qu'une luxation est en cours de réalisation, mais à ce stade le traitement mis en route est déjà trop tardif et souvent entrecoupé d'accidents.

En pratique, nous avons mis en abduction tout angle du cotyle supérieur à 30° chez le garçon, 32° chez la fille.

On a adopté la mise en abduction par la culotte de BECKER (les autres systèmes étant trop rigides, encombrants ou mal supportés...par les parents).

Une radio de contrôle est faite vers 4 mois, 4 mois et demi car à cette période les noyaux fémoraux sont bien visibles et on peut ainsi en apprécier la position et la symétrie. Si les noyaux fémoraux sont en bonne position, la mise en abduction est supprimée.

Parmi toutes les hanches luxables dépistées à la période néonatale, aucune abduction n'a dépassé 6 mois. Il n'y a eu aucun échec, après 6 ans de recul (pour les plus anciens seulement, tous revus depuis, il n'y a eu aucun signe de lyse).

Le dépistage des hanches luxables illustre parfaitement le rôle social que peut jouer le Pédiatre : le dépistage est un geste simple, il nécessite un traitement presque gratuit (nous avons fait faire un modèle par une cliente couturière, et les mères "fabriquent" souvent leur culotte) et ce traitement est pratiquement toujours couronné de succès. Or une hanche luxée a un coût évalué, selon les économistes, entre 100.000 et 150.000 F. Ce chiffre illustre parfaitement le bien-fondé de ce dépistage.

PATHOLOGIE DU RACHIS :

On remarque la rareté des grands syndromes, l'extrême fréquence des simples déviations, qui paraissent banales mais pouvant entraîner des conséquences importantes.

1°) Attitude scoliotique du grand enfant :

69 cas ont été fichés.

37 F et 32 G.

Elle est souvent négligée par les parents, ou au contraire majorée par les anxieux.

Elle peut atteindre tous les degrés, tous les niveaux.

S'y associent souvent des troubles de la musculature, des troubles respiratoires mineurs, une mauvaise "appréhension" du schéma corporel, comme le montre les "bilans" assez souvent faits par une équipe de kinésithérapeutes spécialisés.

On a toujours fait confirmer la déviation par la radio.

Elle demande lorsqu'elle apparaît à l'âge de la puberté, une grande méfiance et une bonne surveillance car elle peut s'aggraver rapidement à cet âge et avoir alors de graves conséquences.

Un examen tous les 3 ou 6 mois s'impose. Le traitement est simple et consiste en kinésithérapie.

On a aussi noté les bienfaits de la natation précoce, pour prévenir les troubles et son effet bénéfique en cas de troubles installés.

2°) Attitude scoliotique du nourrisson :

21 cas ont été notés.

9 F et 12 G.

Il faut bien distinguer l'attitude scoliotique du nourrisson, par hypotonie et malposition, souvent associée à une ébauche de torticolis. Les radiographies viennent toujours

confirmer le diagnostic. Il faut des clichés de face en suspension verticale, inclinaison latérale droite et gauche.

Le traitement est simple :

- le décubitus ventral, qui a toujours été un succès et qui a d'ailleurs bien d'autres avantages en particulier sur le plan de l'éveil psychomoteur.

3°) Les scolioses vraies :

Elles sont définies par la gibbosite et le degré de rotation.

2 cas ont été trouvés chez le nourrisson.
1 cas successif à neurinome après laminectomie (seul cas de grand enfant.
L'évolution a été bonne, après une longue surveillance.
Aucun après poliomyélite - aucun congénital.

PATHOLOGIE DES HANCHES :
(en dehors des luxations congénitales).

Il s'agit d'une pathologie importante chez l'enfant, car elle conduit chez l'adulte, si elle est négligée, à des complications, notamment à la coxarthrose.

Toute affection des membres inférieurs, du genou et des pieds, toute boiterie doit faire étudier la hanche et il faut faire pratiquer des radiographies.

On a observé 3 cas de coxa valga
4 cas d'anteversion du col (25) - cette anomalie s'est manifestée par une rotation interne à l'appui intéressant l'ensemble du membre inférieur. Le problème est dans ces cas, celui des indications thérapeutiques. Selon P. MASSE, l'anteversion diminue physiologiquement de la naissance à l'âge adulte mais l'intervention chirurgicale sera proposée si l'angle d'anteversion est supérieur à 60°.

Lorsque l'anomalie est plus légère, peut on proposer une intervention qui condamne l'enfant à 3 mois d'immobilisation?

Nous avons proposé deux fois une ostéotomie de dérotation.

L'ostéochondrite de la hanche :

2 cas ont été observés, marqués par une boiterie antalgique.

Le diagnostic doit être précoce et l'immobilisation absolue prolongée, si l'on ne veut pas voir survenir une coxa-plana puis une coxarthrose.

Un piège assez souvent rencontré par celui qui lit attentivement ces clichés de hanches nous a semblé être celui des aspects de fragmentation des noyaux fémoraux, avant deux ans.

L'avis partagé des orthopédistes infantiles sur plusieurs de nos cas (ostéochondrite ou non) nous a fait vivre des mois d'angoisse devant ces hanches suspectes que nous laissions "en charge"...à contre coeur. Deux ans ont été nécessaires dans un cas pour obtenir une image radiologique indiscutablement normale. Sommes-nous pour autant certains de l'intégrité de cette hanche à long terme?

Enfin, on a observé un cas d'ostéomyélite chronique :

L'atteinte de la hanche a été découverte chez une fille de 5 ans, à l'occasion d'une U.I.V. systématique pour infections urinaires. Les radiographies montraient une fragmentation et une destruction du col fémoral. Selon les orthopédistes infantiles, vus successivement, le diagnostic d'ostéomyélite chronique a été porté. Cette observation montre la nécessité de toujours penser à l'ostéomyélite aigue afin d'éviter l'évolution vers la chronicité avec destruction osseuse dont le pronostic est très réservé.

Au total, devant cette pathologie le Pédiatre praticien doit toujours avoir recours à l'avis d'un orthopédiste infantile.

L'inégalité de longueur des membres inférieurs :

C'est un problème que se pose assez souvent le Pédiatre devant une attitude scoliotique, une boiterie.

Il faut essayer de rechercher une cause (séquelles d'arthrite, de fracture, syndrome de Klippel-Trenaunay) avant de prescrire un traitement symptomatique en l'occurence le port d'une talonnette qui dans les cas mineurs que nous avons rencontrés, a toujours suffi.

LA PATHOLOGIE DES PIEDS (24) :

1°) 19 cas de pieds bots varus équins ont été observés.

11 chez des filles,
8 chez des garçons.

Le diagnostic est en général facile. Il faut le faire tôt, à la naissance, et adresser l'enfant rapidement à l'orthopédiste.

Le traitement du pied bot est extrêmement long et minutieux, la surveillance doit se faire jusqu'à la fin de la croissance, c'est-à-dire jusqu'à l'adolescence. Jusque là, un pied bot doit sans cesse être remis en cause.

Le rôle du Pédiatre est d'encourager les parents dans ce traitement qui demande une longue patience, en leur donnant l'espoir de reformer à l'enfant un pied normal. Il doit être particulièrement sûr du kinésithérapeute à qui il confie l'enfant.

2°) Le problème des "pieds qui tournent" :

Ils n'ont pas été répertoriés car ils sont très fréquents. C'est une grande préoccupation des mères.

Il faut distinguer le physiologique...et l'expliquer (disposition anatomique temporairement normal, qui disparaît progressivement vers l'âge de 5 ans). Là, la patience paie

toujours.

Il faut cependant se méfier de quelques cas pathologiques qui sont marqués par la rotation interne de l'ensemble du membre inférieur, dûs à une anteversion exagérée du col.

Il n'y a eu aucune évolution fâcheuse sur plusieurs centaines de cas.

Les pieds plats :

Ils n'ont pas été notés, tellement leur fréquence est grande. C'est un des motifs fréquents des "inquiétudes maternelles".

Chez le jeune enfant, au début de la marche, il faut expliquer à la mère que la cambrure du pied ne va s'acquérir qu'avec la marche, les efforts d'équilibration, de bonnes chaussures montantes.

Chez l'enfant plus grand, le port d'une semelle de soutien plantaire en liège, peut être parfois utile, mais il doit passer après la gymnastique, marche en terrain varié, sautillements, courses, pédalages : ainsi la guérison survient d'elle-même.

Genu Valgum :

Le problème est identique. Le traitement actif doit être réservé aux cas exceptionnels, dépassant 10 à 12 cm d'écart inter malléolaire.

Il faut savoir montrer à la maman que le genou n'est pas seul en cause, mais qu'il s'agit d'une hypotonie généralisée à laquelle participent les autres articulations, les abdominaux ...la pratique de la bicyclette et la posture assise "en tailleur" ont toujours été mos grandes armes thérapeutiques.

Les Ostéomyélites :

6 cas ont été notés. Elles ne sont donc pas exceptionnelles.

L'ostéomyélite doit rester une hantise pour le Pédiatre, car le pronostic fonctionnel est encore grave.

L'expérience nous a prouvé que l'on ne peut s'écarter de la position classique adoptée par tous : toute boiterie fébrile, toute douleur osseuse brutale et tenace sans signe de fracture doit faire suspecter l'ostéomyélite aiguë et traiter, après hémoculture et VS, par immobilisation platrée et antibiotiques. Nous avons ainsi "guéri" de nombreuses fausses ostéomyélites aiguës, peut-être quelques coxites, mais nous avons sûrement évité des évolutions traînantes et graves, comme en témoigne l'observation rapportée plus haut.

LES RETARDS DE CROISSANCE :

30 cas ont été observés.

Il s'agissait rarement d'un nanisme vrai.

Dans la majorité des cas il s'agissait d'un retard atteignant plus de 2 σ, selon les tables de Sempe.

A côté de cette constatation purement statique, on s'est attaché à déterminer la vitesse de croissance et l'âge osseux. Suivant ces 3 données, on a pu orienter le bilan à pratiquer. Il faut en effet bien distinguer les retards de croissance avec vitesse de croissance normale, qui ont toutes chances d'être constitutionnels, des retards de croissance avec vitesse de croissance ralentie. Il faut bien sélectionner ces cas-là, car ils méritent un bilan plus complet, une enquête nutritionnelle, métabolique et endocrinologique qui ne peut être que le fait d'une équipe spécialisée.

En fait, dans la statistique on n'a pas retrouvé d'étiologie endocrinologique.

Il faut éviter les traitements intempestifs, malgré parfois la pression des parents. Dans certains cas le retard entraîne des troubles psychologiques secondaires.

On est amené à traiter de tels enfants. Il semble que l'on puisse le faire assez précocément, vers 6-8 ans peut-être, par les anabolisants.

LES DYSTROPHIES :

On a trouvé quelques cas de maladies rares - maladie de Pyle, maladie de Caffey, maladie des épiphyses ponctuées.

Nous nous arrêterons sur une maladie observée 2 fois dans la même année : la dystrophie thoracique asphyxiante.

- 1 cas chez un garçon de 1 mois, qui présentait, associée à la dystrophie thoracique, une insuffisance rénale modérée.

- l'autre cas a été découvert chez une fille de deux mois.

Les deux enfants avaient en commun, un thorax en brechet avec membres courts, une dysplasie de hanche, une grande hypotrophie staturopondérale, des signes digestifs. La surveillance de ces enfants doit se faire sur le plan rénal, hépatique, respiratoire. Il faut traiter systématiquement toute infection respiratoire et pratiquer les vaccins.

Le pronostic est surtout fonction de l'atteinte rénale.

Dans nos deux observations, on notait un méga uretère et dans l'un une mega vessie. Il existait également des troubles tubulaires discrets. L'UIV doit être systématiquement faite chez tout enfant suspecté de maladie de JEUNE, surtout devant des infections respiratoires à répétition associées à la moindre malformation thoracique.

LES ANOMALIES DU THORAX :

14 cas ont été notés.

Les anomalies mineures sont relativement fréquentes.

Il s'agit de déformation en carène, ou en entonnoir.

Elles ont souvent été constatées chez d'anciens prématurés.

Le rachitisme n'en semble pas responsable.

Il faut surtout surveiller les troubles respiratoires, insister sur la kinésithérapie et éventuellement faire opérer les grands enfants si les troubles sont importants (1 cas opéré avec succès).

RACHITISME :

7 cas seulement, avec signes cliniques et radiologiques (soit environ 1 °/₀₀).

Faut-il voir dans ce chiffre modeste l'action préventive de la vitamine D dont la prescription est systématique, le rôle d'un bon équilibre nutritionnel, ou l'influence du niveau socio-économique de la population étudiée.

Il semble bien que tous ces facteurs soient importants comme nous le rappellerons plus loin.

TUMEURS OSSEUSES :

Nous avons observé un seul cas de tumeur bénigne, un ostéome ostéoïde, suspecté cliniquement, affirmé par l'histologie.

Aucun cas de tumeur maligne n'a été relevé.

°°°

PATHOLOGIE INFECTIEUSE

- COQUELUCHE	26
- SCARLATINE	10
- R.A.A.	8
- ROUGEOLE	non notée
- RUBEOLE	non notée
- P.A.A.	3 séquelles
- SYPHILIS CONGENITALE	5
- SEPTICEMIES	3
- TOXOPLASMOSE	6
- MALADIE DES GRIFFES DU CHAT	1
- ZONA	1
- PALUDISME	1

°°°

La pathologie infectieuse est un domaine important de la pédiatrie, mais qui, dans cette étude est sous-estimée. En effet, beaucoup de ces maladies bénignes, survenant sur un mode aigu, ont rarement nécessité l'intervention du Pédiatre et sont vues par les médecins généralistes.

Par ailleurs, beaucoup de ces maladies ont considérablement diminué en fréquence, en raison des vaccinations.

LA COQUELUCHE :

26 cas ont été notés, mais beaucoup ne l'ont pas été chez le grand enfant.

Les cas notés sont presque tous des nourrissons (22/26).

Il s'agit donc d'une maladie encore fréquente, souvent grave chez le nourrisson, et qui nécessite souvent à cet âge des moyens de réanimation lourde.

Ainsi 2 enfants ont dû être admis en service de réanimation infantile. Ce fait plaide en faveur de vaccinations précoce dès l'âge de 3 mois.

En ce qui concerne le traitement, on a l'impression que, aucun des antibiotiques prescrits, n'a eu d'action sur la durée de la maladie.

1 enfant vacciné a fait une authentique coqueluche. Le problème dans ces cas est de reconnaître la maladie qui est souvent fruste.

1 seule dilatation des bronches, transitoire, a été notée.

Aucun des 22 nourrissons n'a eu de trouble psychomoteur.

Tous ont eu une croissance normale.

SCARLATINE :

Tous les cas n'ont pas été notés, mais la maladie semble moins fréquente. Est-elle en voie de disparition, ou bien les formes inapparentes ou mineures dominent-elles?

Cette deuxième hypothèse est sûrement plus probable. Les signes cliniques sont réduits à une simple angine érythémateuse, une éruption banale.

Le prélèvement de gorge, seul, apporte la confirmation du diagnostic. L'apparente bénignité de ces signes ne doit pas faire négliger la surveillance ultérieure du rein, par un compte d'Addis et la recherche d'albumine.

Le traitement antibiotique bien conduit doit éviter les complications.

2 otites tardives ont été notées.

ROUGEOLE :

Les cas n'ont pas été notés, car la rougeole pose en fait peu de problèmes chez le grand enfant.

Il semble que peu d'enfants échappent à cette maladie mais on manque d'information à ce sujet. La déclaration, pourtant obligatoire de cette maladie, n'est jamais faite, parce que les modalités de déclaration sont fastidieuses.

La rougeole, si elle est la plupart du temps, une maladie bénigne, a surtout une incidence socio-économique, et le Pédiatre dans le monde actuel doit être conscient de ces problèmes. Aussi, la mise en pratique de la vaccination devrait-elle permettre de faire reculer la maladie, tout au moins dans la première enfance, puisqu'on ne sait pas encore quelle sera la durée de l'immunité acquise.

216 enfants ont reçu la vaccination depuis 2 ans, soit

3,60%.

Aucun pour l'instant n'a présenté de rougeole.

LA RUBEOLE :

Elle n'a pas été répertoriée, car elle est très fréquente. Elle est généralement bénigne, mais la gravité de la rubéole congénitale doit faire protéger les filles avant la puberté et ce par le vaccin antirubéoleux.

Dans la clientèle décrite : 48 filles ont été vaccinées depuis deux ans, soit 0,87%.

Très fréquentes aussi sont les autres maladies éruptives virales. Elles n'ont pas été fichées, sauf pour l'exanthème subit, bien particulier par son tableau clinique (85 cas).

Les recherches virales sont décevantes et trop coûteuses en pédiatrie praticienne.

LA POLIOMYELITE :

Aucun cas découvert. Les 3 cas notés sont des séquelles.

LA SYPHILIS CONGENITALE :

Pour les 6 cas retenus, 2 ont des signes cliniques patents:

. 1 - une rhinite purulente,
. 1 - une ostéopériostite.

Tous avaient une sérologie très positive au départ, aucune réaction quantitative n'a baissé avant 10 mois.

3 ont gardé une sérologie positive irréductible, malgré un traitement bien conduit.

Aucun n'a présenté de séquelles cliniques.

La syphilis maternelle avait été découverte :

. 4 fois tardivement, 2 fois seulement traitée,
. 2 fois précocément mais mal traitée.

LA TOXOPLASMOSE :

Nous avons observé 3 cas de toxoplasmose acquise.

Pour 2 enfants, la mère ayant été atteinte de la toxoplasmose pendant la grossesse, mais bien traitée, la sérologie a mis en évidence des anticorps transmis. Ces 2 enfants sont tout à fait normaux.

Chez un enfant, présentant une comitialité et un retard psycho-moteur, le diagnostic de toxoplasmose congénitale a été porté.

On pense que la recherche sérologique de la toxoplasmose devrait être faite chez la mère au début de la grossesse, afin de mettre en route un traitement précoce à la moindre alerte, en cas d'absence d'immunité.

LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU :

8 cas ont été répertoriés. Il apparaît donc peu fréquent, probablement parce que les antibiotiques ont une action prophylactique.

Il ne faut pas attendre actuellement la grande forme de polyarthralgie fébrile, car les formes frustes apparaissent plus fréquentes.

Le R.A.A. est très répandu dans certains pays, en voie de développement ; il faut donc rester vigilant, car la maladie est peut-être en France à l'état de quiescence, mais peut se réveiller, si la prophylaxie n'est pas appliquée.

°°°

C H I R U R G I E

- APPENDICITES	46 soit 0,77%
- ADENITES MESENTERIQUES	non notées
- INVAGINATIONS INTESTINALES	4
- PERITONITES	4
- OCCLUSIONS	4
- HERNIES	65 10 F. 55 G.
- TRAUMATOLOGIE	69
- ABCES ANAL	4
- KYSTE DU CREUX POPLITE	2
- PLAIES DE LA MAIN	5
- BRULURES	5
- KYSTE SACROCOCCYGIEN DU N.Né	1
- ABCES DU SEIN	1
- KYSTES DU COU	2

°°°

Il faut bien distinguer la chirurgie d'urgence, souvent digestive, rencontrée chez le tout petit, traumatologique chez l'enfant plus grand ; et la chirurgie "à froid".

Certains syndromes restent encore des hantises et ne sont pas exceptionnels.

APPENDICITES :

46 cas - 0,77%.

Seul le total des cas a été noté.

Ce chiffre semble raisonnable, contrairement à l'opinion répandue, mais il faut le corriger par l'âge moyen assez bas de cette étude. On ne peut faire état des conclusions anatomopathologiques, qui n'ont pas été toutes connues.

1 cas particulier : le jeune Jean-Pierre B...10 ans, chez qui l'on venait de découvrir un virage de cuti, a été opéré d'une appendicite aigue. L'examen bactériologique du liquide péritonéal a montré la présence de Bacille de Koch.

Les difficultés diagnostiques existent surtout chez le jeune enfant au-dessous de 3 ans. Et bien que très rare chez le nourrisson, le Pédiatre doit toujours y penser, devant un syndrome abdominal fébrile, car l'appendicite évolue, à cet âge très rapidement vers la péritonite, et les complications post-opératoires sont fréquentes.

LES ADENITES MESENTERIQUES :

En fait, elles n'ont pas été répertoriées, faute de preuves formelles, mais elles semblent assez répandues. Comme le diagnostic ne peut être fait que lors de l'intervention, il s'agit bien souvent d'un diagnostic de présomption, devant

des poussées fébriles s'accompagnant d'infection rhinopharyngée ou amygdalienne, d'adénite cervicale, et de douleurs abdominales plus souvent localisées dans la fosse iliaque droite. Mais le ventre est souple. Parfois cependant les signes sont ambigus et conduisent à l'intervention.

INVAGINATIONS INTESTINALES AIGUES :

On en relève 4 cas.

Il faut toujours y penser chez le nourrisson, devant des cris inexpliqués, d'apparition brutale, avec vomissements, l'allure paroxystique des douleurs, la présence de sang au toucher rectal, voir 1 prolapsus comme dans un de nos cas!

PERITONITES :

4 cas - dont 1 cas chez un nouveau-né, ou l'intervention a découvert une sténose duodénale.

OCCLUSIONS :

4 cas répertoriés.

. 1 occlusion du nouveau-né , due à un canal omphalo-mésentérique fistulisé ;

. 2 occlusions par brides post appendicectomie ;

. 1 occlusion du grêle par volvulus autour du diverticule de Meckel, chez une petite fille de 2 ans.

LES HERNIES :

Nous en avons observé 65 cas - soit 1% des enfants.

. 2 hernies diaphragmatiques ;

.63 hernies inguinales ou crurales ;

. 2 étranglements - 1 cas associé à 1 torsion du testicule.

Elles sont rares chez la fille, 16% des cas.

Les attitudes adoptées sont diverses :

Une attitude consiste à faire porter un bandage et à attendre 1 ou 2 ans pour donner des chances spontanées de guérison. Mais bien souvent le bandage est mal supporté surtout après 1 an, et enlevé par la mère.

En fait, nous sommes assez interventionniste vers l'âge de 1 an, s'il n'y a aucun incident avant ; et à la moindre alerte, l'enfant est confié au chirurgien.

Par ailleurs, l'intervention est toujours proposée rapidement s'il existe une ectopie testiculaire ou des testicules palpés très hauts, car les risques d'étranglement ne sont pas négligeables.

LA TRAUMATOLOGIE :

69 enfants, soit plus de 1% des enfants, ont été atteints d'une fracture ou d'une luxation.

- 39 fractures du membre supérieur, soit plus de 50%,
- 5 fractures de la clavicule,
- 12 fractures du membre inférieur (7 de la diaphyse fémorale),
- 3 luxations du coude,
- 10 fractures du crâne.

A long terme nous avons constaté que :

- les troubles de la croissance du segment de membre atteint sont rares;

- les plus graves semblent être les fractures du coude et supra-condyliennes car elles donnent des séquelles de type angulation;

- nous avons observé un syndrome de Volkmann ;

- les fractures du crâne sont en règle bénignes ;

Nous avons cependant observé 3 cas de séquelles sûres :

comitialité, troubles psychiques.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE DIVERSE :

Dans ce chapitre dominent :

- les abcès :
  - 4 cas d'abcès de la marge de l'anus,
  - 1 abcès du sein ;
- les plaies de la main :
  - 5 cas.

Elles peuvent être graves par leurs séquelles fonctionnelles.

- les brûlures :
  - 4 cas notés ici, mais aussi répertoriés dans le chapitre de dermatologie.

.°.

PATHOLOGIE ORL ET STOMATOLOGIE

- OTITES PURULENTES PARACENTESEES	147	
- ALLERGIES O.R.L.	68	dont 32 G et 36 F.
- ANGINES PULTACEES	66	
- STRIDOR	7	
- DYSPNEE LARYNGEE	25	
- BECS DE LIEVRE	10	dont 6 G et 4 F.
- SURDITE	5	dont 4 G et 1 F.
- TUMEURS	6	
- SINUSITES	30	
- STOMATITES	26	
- ADENOIDECTOMIES	310	soit 5,1%
- AMYGDALECTOMIES	185	soit 3,5%

°°°

LES OTITES :

On a noté seulement les otites purulentes paracentésées, mais le chiffre noté est sûrement sous-estimé car elles n'ont pas toujours été connues (car vues par l'O.R.L. ou le Médecin traitant et pas toujours notées à l'interrogatoire suivant).

Dans la grande majorité des cas, le tableau est franc et le diagnostic précoce. Il y a peu de complications générales, et digestives.

On a observé 6 cas de mastoïdite, et quelques cas d'otite chronique pour lesquelles les sondes de Crowe ont donné de bons résultats.

Se pose à ce sujet, le problème de l'adenoidectomie.

En général, l'adenoidectomie a été pratiquée si les otites récidivent, si les rhinites purulentes et les rhinopharyngites se répètent, avec adénopathies, si les tympans restent très remaniés en dehors des épisodes aigus, et si on est sûr qu'il n'y a pas de facteurs allergiques.

LES ANGINES :

Ce chapitre est en fait artificiel, car elles ne sont pas toutes notées.

Elles sont souvent confondues avec les pharyngites virales et nous n'avons retenu que les angines pultacées.

Les complications sont rares, mais nous avons vu :

- 3 phlegmons,
- 1 abcès de l'amygdale.

Le prélèvement de gorge a souvent été effectué, montrant dans quelques cas la présence de streptocoques hémolytiques.

Le traitement antibiotique a été institué et il n'y a pas eu de R.A.A. dans les suites.

Nous définirons les quelques règles pratiques adoptées en ce qui concerne l'amygdalectomie :

- la grande taille des amygdales n'est sûrement pas une indication, les amygdales enchatonnées nous semblent par contre très suspectes.

- par contre, la notion d'infection chronique des amygdales, avec entre les poussées fébriles, la persistance de ganglions est sûrement une indication.

DYSPNEES LARYNGEES :

Le chiffre noté (25) est sous estimé car il s'agit d'un diagnostic d'urgence fait souvent par le Médecin traitant. Dans 1 cas, la dyspnée était due à la pénétration d'un corps étranger.

On n'a jamais noté de complications sérieuses.

LE STRIDOR CONGENITAL (31) :

7 cas ont été observés. Ce curieux syndrome, souvent spectaculaire, affole les parents. On n'a jamais retrouvé d'hypocalcémie. L'évolution est très longue, mais le pronostic est excellent, et on n'a jamais eu de complications.

LES PROBLEMES ALLERGIQUES :

Sont probablement sous-estimés ici.

68 cas ont été observés.

Pour parler d'une étiologie allergique dans les infections O.R.L. à répétition, nous avons exigé des signes cliniques nets (muqueuses pâles) survenant sur un terrain allergique (antécédents personnels et familiaux) et souvent en l'absence de foyers microbiens mineurs. Ces problèmes sont peu graves,

mais gênants par leur tenacité. On est convaincu de l'utilité des enquêtes allergologiques et de la désensibilisation.

Chez l'enfant très jeune, la désensibilisation non spécifique a donné de bons résultats (par histaglobuline).

BEC DE LIEVRE :

Cette malformation a été observée chez 10 enfants, 6 garçons et 4 filles.

Il est apparu très important de diriger précocément l'enfant vers le chirurgien infantile, pour éviter que la mère ne se pose des questions et se culpabilise. Le premier contact avec le chirurgien est capital pour rassurer, expliquer le programme de traitement à long terme.

La rééducation est longue, mais le pronostic fonctionnel est bon, en règle.

SURDITE (28-29) :

5 enfants malentendants ont été suivis.

Pour 2 de ces enfants, la surdité était partielle, et due à des problèmes infectieux à répétition.

1 enfant présentait par ailleurs une infirmité motrice cérébrale.

Pour 1 enfant, la surdité a été découverte à l'âge de 7 ans, alors que l'enfant présentait des troubles du langage, et une débilité moyenne.

Enfin, chez 1 enfant, le diagnostic de surdité a été porté très tôt après la naissance, car les 2 parents étaient sourds-muets. La rééducation a été débutée dès l'âge de 1 an dans un centre d'audiophonologie.

La surdité de l'enfant entraîne, surtout lorsqu'elle est congénitale ou acquise très tôt dans la vie, des troubles très graves du langage et du comportement. Or la rééducation et l'ap-

pareillage précoce peuvent éviter ou améliorer grandement ces troubles, arguments en faveur du dépistage précoce et systématique de la surdité par le Pédiatre praticien.

Il sera d'autant plus attentif à ce problème qu'il existe des antécédents familiaux, une pathologie périnatale, une prématurité, desinfections ORL à répétition.

LES TUMEURS O.R.L. :

Nous avons observé :

- 1 lymphangiome du cou,
- 3 kystes congénitaux du cou,
- 1 canal thyréoglosse,
- 1 fistule du cou.

STOMATOLOGIE :

Les stomatites : les 16 cas notés s'accompagnaient de fièvre, troubles de l'état général, refus alimentaires tenaces.

Les troubles dentaires n'ont pas tous été répertoriés :

Nous avons rencontré deux cas d'agénésie dentaire. L'étude de la denture doit faire partie de tout examen systématique et l'on doit s'efforcer de prodiguer inlassablement des conseils sur les soins dentaires, le traitement précoce des caries et des troubles de l'articulé.

Par ailleurs nous avons observé 1 cas de parotidite unilatérale avec signes infectieux chez un nouveau-né, ayant bien regressé sous traitement antibiotique.

°°°

OPHTALMOLOGIE

- STRABISMES	45	dont 22 G et 23 F.
- AMBLYOPIES	6	
- HYPERMETROPIE ISOLEE	16	
- MYOPIE	28	
- ASTIGMATISME	6	
- CATARACTE	2	
- CHORIORETINITE	2	
- GLIOME DE LA RETINE	1	
- RETINOBLASTOME	1	
- DECOLLEMENT CONGENITAL DE LA RETINE	1	
- HERPES CORNEEN	1	
- EXOPHORIE	1	
- GLAUCOME CONGENITAL	1	

De nombreux troubles mineurs n'ont pas été répertoriés.

Ce chapitre est intéressant par son aspect de Pédiatrie sociale.

En dehors de quelques syndromes bien précis, en règle dans le cadre de maladies sévères, il faut insister sur le rôle préventif du Pédiatre dans les troubles mineurs.

Il faut surveiller systématiquement la vue des jeunes enfants, car les "petits troubles peuvent être traités très tôt".

.°.

HYPERMETROPIE ET MYOPIE :

Lorsqu'il y a des antécédents familiaux, il faut faire examiner l'enfant par un ophtalmologiste. Certains enfants peuvent être appareillés à 18 mois.

STRABISME :

43 cas ont été observés.

Certes, beaucoup sont transitoires, mineurs et sans conséquence. Mais il faut se donner quelques règles précises pour ne pas passer le temps de l'examen ophtalmologique complet, qui découvre quelquefois autre chose. Ainsi, plusieurs amblyopies ont été découvertes au hasard d'examen systématique pour trouble mineur.

AMBLYOPIE :

6 cas ont été observés. L'avenir de ces enfants est très préoccupant, car les structures scolaires sont très mal adaptées.

Admettre un enfant amblyope dans un cycle scolaire normal pourrait se concevoir. C'est un problème technique. Il suffirait d'avoir des enseignants formés à cette tâche.

Mais beaucoup de ces enfants ont des troubles du comportement, réactionnels à leur déficience sensitive. La solution serait peut-être l'implantation de classes d'amblyopes dans chaque unité géographique, pour éviter la dissociation du milieu familial.

CATARACTES :

2 cas ont été décelés. Le diagnostic est facile dès la

naissance, si l'on prend le soin de découvrir les paupières des nouveaux-nés.

L'importance du retentissement des troubles ophtalmologiques sur la vie sociale de l'enfant, est un argument en faveur d'un examen complet systématique, par exemple à 3 ou 4 ans et à 6 ans, avant l'entrée au cours préparatoire, classe capitale ou intervient la lecture.

°°°

DERMATOLOGIE

- MALADIE DE LEINER MOUSSUS	76	dont 44 G	et 32 F.
- ECZEMA	67	dont 42 G	et 25 F.
- URTICAIRE	17	dont 12 G	et 5 F.
- IMPETIGO	19	dont 14 G	et 5 F.
- ANGIOMES TUBEREUX, NAEVI	38	dont 15 G	et 23 F.
- MALADIES BULLEUSES	4	dont 3 G	et 1 F.
- ERYTHEME NOUEUX	1	dont 1 G.	
- ERYTHEME POLYMORPHE	1	dont 1 G.	
- GALE	8		
- INCONTINENTIA PIGMENTI	1	dont	1 F.
- MALADIES DU CUIR CHEVELU	4		

Au total, 203 enfants ont présenté un problème dermatologique notable, ce qui représente en valeur absolue une fréquence de 3,4%.

Les erythèmes fessiers simples n'ont pas été répertoriés.

°°°

Il faut bien distinguer la dermatologie du nouveau-né et du nourrisson de celle du grand enfant.

En effet, chez le nouveau-né ou nourrisson :

Hormis quelques rares cas de maladies graves, congénitales ou acquises, le Pédiatre praticien voit des maladies bénignes, qui par là même, peuvent ne pas retenir son attention.

Et pourtant il faut s'attacher à la peau car elle est l'intermédiaire privilégié entre le nouveau-né et le milieu. Elle est très réceptive, elle est un bon reflet de l'état du nouveau-né ; elle est le relai privilégié de l'infection et de l'allergie. Ses atteintes, si bénignes soient-elles, sont souvent tenaces, récidivantes, relayées ensuite par d'autres troubles (exemple de l'eczéma) et elles inquiétent beaucoup les mères. Elles demandent des soins vigilants et longs, donc des explications soigneuses.

Elles prennent de plus en plus d'importance avec la mise à la disposition des mères de multiples produits (depuis les produits de toilette pour bébé, jusqu'aux détergents pour machine à laver).

Les problèmes sont dominés chez le nourrisson par :

1°) La maladie de LEINER-MOUSSUS :

76 cas ont été notés. Il existe dans la statistique une certaine prédominance pour le sexe masculin.

Dans la plupart des cas le tableau était classique : erythrodermie desquamative débutant au niveau des plis, et s'étendant à l'ensemble du siège, des cuisses et atteignant simultanément le visage et le cuir chevelu.

Les simples erythèmes fessiers, les intertrigos, sont ils

une forme fruste de la maladie de LEINER-MOUSSUS ou sont-ils tout à fait "autre chose"?

En fait, cette maladie est surtout typique par son évolution : tenace, par poussées, prolongée jusqu'à 3 ou 4 mois et disparaissant sans trace,

Très important est le facteur psychologique pour la mère.

Et très souvent nous avons entendu ce jugement : "mon bébé est monstrueux, je n'ose pas le sortir". Il faut donc rassurer tout de suite, prévenir de l'évolution prolongée, et affirmer la guérison sans trace.

Il faut souligner l'importance des soins de peau journaliers, à expliquer longuement, par écrit, Ces soins visent tout d'abord à ne pas nuire.

Il faut bannir les traitements agressifs. Les colorants, bains de permanganate, la vaseline salicylée en cas de lésions crouteuses, font un bon effet. Et il faut surtout s'armer de patience.

2°) L'eczéma :

67 cas ont été observés, ce qui représente plus de 1% des enfants.

On a observé une prédominance chez le garçon.

La date classique d'apparition (3-4 mois) a été mise en défaut dans quelques cas d'eczéma authentique plus précoce . Ainsi dans quelques cas la maladie de LEINER MOUSSUS a été relayée par un eczéma authentique.

Cette dermatose est capricieuse, tenace, mais habituellement disparaît après l'âge de 2 ans. Cependant, presque toujours, elle signe l'existence d'un terrain allergique.

Chez certains enfants, le prurit sévère, a nécessité l'emploi d'anti-histaminiques ou de gardénal et des moyens de contention.

3°) Les angiomes :

Nous n'avons pas noté les angiomes plans très fréquents, et les angiomes médians à toujours respecter.

Par contre, les cas notés sont les angiomes tubéreux, souvent importants et multiples.

Plusieurs méthodes de traitement peuvent être utilisées : soit neige carbonique précoce, la radiothérapie ou l'abstention.

Cette dernière attitude, qu'on a adoptée ici depuis 2 ans, semble donner les mêmes résultats que les deux méthodes précédentes.

4°) Les maladies bulleuses :

4 maladies bulleuses ont été observées - 2 syndromes de LYELL, toxiques, d'évolution bénigne.

. 1 cas de bullose infectieuse,

. 1 cas d'épidermolyse bulleuse ayant entraîné le décès de l'enfant.

Chez le grand enfant :

Les problèmes dermatologiques sont dominés par les allergies diverses, et l'infection.

1°) L'impétigo et les staphylococcies cutanées :

19 cas ont été notés mais la fréquence est sûrement sous estimée ici.

2°) Allergies diverses :

. Urticaires géants	8 cas
. Prurigo	cas non notés, très fréquents.
. Psoriasis	5 cas
. Oedème aigu hémorragique	1 cas

3°) . 1 cas d'érythème noueux,

. 1 cas d'érythème polymorphe,

. 1 seul cas de brûlure importante du visage et des membres inférieurs avec séquelles fonctionnelles.

4°) Enfin, les maladies parasitaires sont dominées par la gale, qui n'a pas disparu - 8 cas ont été notés.

L'aspect clinique actuel a changé de visage ; il est surtout dominé par un prurit féroce, le siège aux espaces interdigitaux fait défaut. La gale se dissimule souvent derrière un impétigo. Il faut donc y penser systématiquement devant une dermatose prurigineuse qui dure, quel que soit le milieu dans lequel vit l'enfant, car justement la bonne hygiène de l'enfant peut modifier l'aspect clinique de la maladie.

Les autres dossiers de dermatoses sont trop rares ou trop bénins pour mériter une description.

Nous avons ainsi observé quelques Trichophyties, 2 ondascores, quelques herpès, 2 mélanomes bénins.

°°°

PATHOLOGIE DES NOUVEAUX-NES

NOMBRE DE NOUVEAUX-NES EXAMINES : 2 276

- ANOXIE - Souffrance foetale :	143 - 6,2%	69 G - 74 F.
- INFECTION ISOLEE	12	
- MALFORMATIONS	50	
- TROUBLES SANGUINS	100	
- TRAUMATISME OBSTETRICAL	10	
- DIVERS	9	
- TROUBLES METABOLIQUES	15	

°°°

NOUVEAUX-NES

Il peut paraître hors de propos de développer ce chapitre de la pathologie, celle des premières heures de la vie, pour un Pédiatre praticien, mais à cela plusieurs arguments :

1°) La chance a voulu que nous formions une équipe obstétrico-pédiatrique bien soudée, et consciente des problèmes de néo natalogie.

2°) Certaines idées qui se dégagent sur le rôle préventif doivent être soulignées, à l'heure ou le premier examen néonatal à la maternité est devenu une réalité et ou la présence du Pédiatre à l'accouchement sera de plus en plus souhaitable.

A l'expérience, l'examen néo natal, apparaît capital et a de multiples avantages :

1°- Techniques d'abord :

- un dépistage des malformations, des anomalies génétiques et métaboliques ;
- mise en place d'un bilan biologique simple : glycémie, calcémie, labstix, et un bilan métabolique rapide s'il existe une suspicion clinique ou un risque familial par exemple.

2°- Pronostic ensuite :

L'examen néo natal permet la consignation des résultats par écrit, résultats auxquels on pourra se référer des années

après. Cet examen permet aussi l'évaluation grossière et globale d'un pronostic neuro psychique : rôle passionnant pour le Pédiatre et qu'il doit connaître à fond.

3°- Enfin, c'est au cours de ce premier examen que se crée le premier contact avec la famille et que se donnent les premiers conseils de puériculture.

Ainsi, se créent des équipes obstétrico-pédiatriques qui peuvent agir ensemble sur la prévention.

Nous allons voir maintenant plus en détail la pathologie rencontrée chez le nouveau-né, dans le cadre d'une clinique privée.

I - L'ANOXIE ET SOUFFRANCE FOETALE :

- 143 cas.
  - . 69 garçons,
  - . 74 filles,

soit : 6,2% des nouveaux-nés examinés en clinique.

Certains degrés et certaines maladies spécifiques ont été répertoriées.

. 120 enfants ont souffert d'une anoxie modérée, sans conséquences immédiates.

- . 11 enfants ont présenté une inhalation amniotique,
- . 5 enfants sont nés en état de mort apparente,
- . 1 enfant est décédé dans les heures qui ont suivi la naissance.

On a observé :

- 1 pneumothorax,
- 1 pneumomédiastin.

probablement liés à l'aspiration amniotique.

Le problème de l'anoxie illustre bien les progrès qui ont été accomplis dans la maîtrise du travail et de l'approche commune du nouveau-né par l'obstétricien et le Pédiatre.

Dès avant l'accouchement, on cerne mieux les facteurs de risque de la grossesse (maladies maternelles, facteurs socio-économiques...).

On a une bien meilleure connaissance du mécanisme du travail, et l'on est mieux armé pour sa surveillance (monitoring, indications des manoeuvres instrumentales...).

Un programme préventif et curatif peut être établi dès la naissance pour lutter contre l'anoxie :

- appréciation du risque - APGAR - SILVERMAN,
- gestes systématiques : désobstruction, réchauffement,
- bilan biologique simple : glycémie, groupe et Rh. au cordon, bilirubine...
- la première réanimation peut être effectuée sur place, en se basant sur des manoeuvres simples.
- Assurer la liberté des voies aériennes supérieures,
- Lutter contre le refroidissement,
- Vitamine K1,
- Lutter contre l'acidose : l'injection de bicarbonate et de glucose au moindre doute nous paraît une acquisition essentielle de ces dernières années.

Mais ce travail ingrat au niveau de chaque maternité demande de longs efforts de la part de toute l'équipe soignante, et un esprit très ouvert aux soucis de chacun. Il faut de longs mois pour faire admettre un geste par tous et pour concrétiser une notion nouvelle. L'introduction du Bicarbonate, par exemple, a sûrement permis de prévenir nombre d'acidoses graves et doit être poursuivie, même si quelques complications sont maintenant à craindre (septicémies).

Des liaisons étroites avec le service de réanimation lourde régional sont essentielles. Nous avons pu mettre en place un système de transport efficace et même faire appel à l'équipe de réanimation pour les accouchements à haut risque. Mais la

mise en oeuvre de ces moyens lourds est très onéreuse pour la collectivité. Nous sommes persuadés que la prévention doit permettre dans une large mesure d'éviter le recours au centre de réanimation.

- 5% des cas ont eu besoin d'un court séjour en service de réanimation.

II - LES MALFORMATIONS :

1°) des membres :

- Syndactylies 7
- Camptodactylies 3
- Ectromélie 1
- Divers 16

2°) Dysmorphie du crâne, de la face et du tronc = 9

3°) Malformations multiples = 5 dont 1 décédé qui présentait pieds bots, méningo-encéphalocèle, dysmorphie du visage.

4°) Hymen imperforé = 1

5°) Imperforation des choanes = 1

6°) Hernie diaphragmatique = 1 opérée avec succès.

7°) Syndrome de Pierre Robin, qui s'est associé quelques mois plus tard à un syndrome des spasmes en flexion.

8°) Torticolis congénital :

15 cas ont été observés, souvent à un stade mineur, parfois avec des troubles de la colonne vertébrale et une asymétrie faciale.

9°) Dysplasies de hanches - ils ont été étudiés par ailleurs.

10°) Pieds bots.

III - LES INFECTIONS :

- 3 méningites ont été notées.

  . 1 à pneumocystis carinii = DCD
  . 1 à colibacille = DCD
  . 1 méningite lymphocytaire.

9 enfants ont présenté une infection généralisée sévère.

IV - LES PROBLEMES HEMATOLOGIQUES :

1°) On a observé 8 maladies hémorragiques :

. 6 se présentaient sous la forme classique, hémorragie extériorisée par voie digestive,

. 2 ont donné lieu à un hématome surrénalien.

2°) Les ictères :

Les cas notés avaient une bilirubinémie supérieure à 150 mg/l

On a exclu les incompativilités RH et de système A.B.O.

- 92 cas ont été relevés :
  . 58 garçons,
  . 34 filles.

- 2 enfants ont subi une exsanguino transfusion.

- 2 enfants étaient atteints d'une hépatite virale.

. 1 ictère était dû à la résorption d'un gros céphal-hématome.

V - TRAUMATISME OBSTETRICAL :

. Fractures de la clavicule	5
. Fracture de l'omoplate	1
. Paralysie brachiale	4 dont 3 ont récupéré rapidement.

VI - DIVERS :

2 vaisseaux au cordon.

. 1 cas. L'UIV était normale (examen fait systématiquement, cette anomalie pouvant s'accompagner de malformation urologique). (32).

Enfin, quelques problèmes pathologiques divers ont été relevés :

. Polyglobulies vraies	3	
. Hypotonie majeure sur mère curarisée	1	
. Enfant conçu par insémination artificielle	1	- bien portant.
. Enfant né avec une dent	1	
. Kyste sublingual	1	
. Tumeur vulvaire	1	

En résumé, nous pensons que le Pédiatre praticien peut apporter sa modeste part à la meilleure connaissance de la néonatologie et à ses progrès. A côté de la haute technique qui permet de sauver (à quel prix!) quelques dizaines d'enfants par an, il y a place pour un rôle apparemment plus ingrat mais combien aussi efficace = celui qui consiste à faire "passer" une information, des chercheurs aux exécutants. Que de temps et d'efforts pour introduire certains gestes, pour en imposer d'autres (sondes dans oesophage, choanes, examen de l'anus, dysplasie de hanche, glycémie) pour éduquer le personnel des maternités, pour apprendre à connaître et à partager les soucis et les problèmes des Obstétriciens.

Ce rôle dans la collecte des informations, n'est pas à négliger, seule source statistique permettant de mieux comprendre certains tableaux pathologiques, certaines atteintes génétiques.

°°°

PREMATURES ET DYSMATURES

	Total	Normaux	Pathologiques
- PREMATURES	261	201	60
	118 G	84 G	34 G
	143 F	116 F	26 F
- HYPOTROPHIQUES	130		
. à terme	54 G		
	76 F		

°°°

Il s'agit d'un énorme chapitre, puisque cette pathologie a intéressé 391 enfants, soit environ 6,5%.

Nous définirons tout d'abord les critères retenus :

- Pour les prématurés :
  - Poids inférieur ou égal à 2.500 g.
    terme inférieur ou égal à 36 semaines.

- Pour les hypotrophiques :
  - Poids inférieur au 10ème percentile de la courbe de référence pour le terme gestationnel.

Les prématurés représentent dans la statistique, 4,92% sur le total des fiches. Si l'on compare ce pourcentage aux données de la littérature, celui-ci peut paraître bas puisqu'on estime qu'en France, 8% des naissances sont prématurées. Est-ce parce que la clientèle décrite est en grande partie bien suivie par les gynécologues de l'équipe, ce qui diminue les facteurs de prématurité?

En fait, ce chiffre de 8% semble bien inclure dans la plupart des études les prématurés vrais et les dysmatures. Il y aurait intérêt dans les travaux à venir à distinguer formellement ces deux catégories de nouveaux-nés.

Le prématuré pose un certain nombre de problèmes pour le Pédiatre praticien amené à le suivre :

1°) le rattrapage sur le plan staturo-pondéral se fait en un temps variable entre 6 mois et 2 ans ; ce n'est pas en fait la préoccupation majeure.

2°) Même pour le prématuré "normal" à la période néonatale deux problèmes sont fréquents par la suite et doivent être bien connus :

. l'anémie du premier et parfois second semestre, souvent importante, longue à guérir, pouvant ralentir la croissance staturopondérale, favoriser les infections. Il faut la prévenir par l'administration systématique de fer dès le premier mois et par la diversification rapide de l'alimentation.

. le rachitisme, Les besoins du prématuré en vitamine D sont accrus, il faut savoir que le rachitisme est souvent précoce, que les signes cliniques ne sont pas classiques, surtout pulmonaires, pouvant donner des pneumopathies répétées.

Parmi les 261 enfants prématurés suivis, 60 ont présenté des troubles dans la période néo natale, ce qui représente environ 27%.

Le tableau suivant montre les différents troubles présentés :

. Anoxie	11	
. Hémorragie méningée	7	
. Membranes hyalines	5	
. Ictères	10	dont 3 exsanguinotransfusion.
. Infections sévères	5	
. Prématurissimes - de 1.200 g -	5	
. Malformations	4	
. Troubles métaboliques	3	
. Mère diabétique	1	
. Décès	3	

La surveillance ultérieure de ces enfants nous a permis de mettre en évidence plusieurs faits :

1°) La fréquence et la gravité de l'anémie chez les enfants ayant présenté un ictère important et subi une exsanguinotransfusion.

2°) Les retards psycho moteurs sans signes d'infirmité motrice cérébrale : surtout chez les enfants ayant présenté une hémorragie méningée, une anoxie néonatale.

3°) L'infirmité motrice cérébrale et les déficiences visuelles et auditives. Il faut savoir les dépister à temps et on sera d'autant plus aux aguets que l'enfant était un grand prématuré, qu'il a subi une oxygénothérapie prolongée pour troubles respiratoires.

4°) Les troubles ventilatoires persistants.

Ils peuvent durer jusqu'à 2 ans, sont fréquents chez les enfants atteints de membranes hyalines ou grand prématuré. La kinésithérapie respiratoire, prolongée est nécessaire. Le pronostic est relativement bon dans l'ensemble.

On voit ainsi, tous les problèmes physiques posés par ces enfants prématurés.

Sur le plan psychologique, que l'enfant ait été normal ou non à la naissance, on est bien souvent confronté avec un indéniable syndrome des anciens prématurés. Ces enfants sont instables, neurolabiles, ont des petits troubles caractériels, des troubles du sommeil.

C'est surtout après un an, une fois la période d'élevage passée, que ce groupe d'anciens prématurés" devient homogène. Ses stigmates se prolongent lors de la scolarité. Les échecs scolaires ne sont pas rares ainsi que les troubles affectifs. Nous insistons sur ces faits car ils ont une réelle incidence dans la réalité quotidienne. C'est un argument qui ne nous paraît pas négligeable pour affirmer une fois de plus que seule la prévention anténatale peut être pleinement efficace.

LES DYSMATURES (33) :

131 cas ont été répertoriés, seulement depuis 1972.

On ne peut donc pas tirer de conclusions valables de l'étude.

Il semble que l'avenir intellectuel et psychique de ces enfants soient différents de celui des prématurés.

En effet, si les séquelles neurologiques sont moins fréquentes que chez le prématuré, le développement psychomoteur à long terme semble moins bon, ceci en rapport avec des handicaps mineurs : troubles de perception, de spatialisation, troubles du comportement.

°°°

GENETIQUE

Aberrations chromosomiques.

. TRISOMIE 21 - 14 cas dont 4 G et 10 F.
. TRISOMIE 22 - 1 cas

Les autres maladies génétiques héréditaires ont été répertoriées dans les autres chapitres.

TRISOMIE 21 :

14 enfants porteurs de cette aberration chromosomique ont été suivis, ce qui représente une fréquence absolue de 2,3 %, un peu supérieure à la fréquence habituellement reconnue.

Chez 5 enfants une cardiopathie congénitale est associée.

Parmi eux, 2 enfants sont décédés avant l'âge de 2 ans, de leur maladie cardiaque.

Pour le pédiatre praticien, plusieurs problèmes se posent :

1°) Le diagnostic n'est pas toujours évident dans les premiers jours de la vie. Cependant l'hypotonie est toujours constante et considérable. De toute façon, le diagnostic sera confirmé par le caryotype.

2°) Le Pédiatre doit, d'autant plus si la mère est jeune, diriger les parents vers un généticien qui pourra seul mesurer les risques génétiques ultérieurs.

3°) Il doit prendre en charge la surveillance de ces enfants souvent fragiles, sensibles aux infections, hypotrophiques, anorexiques. Il doit être sensible aux problèmes posés par la présence de cet enfant au sein de la famille, par rapport à la

mère et aux frères et soeurs : il faut éviter à tout prix que ces derniers soient délaissés, ce qui implique un bon équilibre de la part des parents. Lorsque l'enfant est plus grand, le Pédiatre doit se préoccuper de la prise en charge par un service d'éducation spécialisée à domicile puis par un institut médico éducatif.

LE CONSEIL GENETIQUE :

La génétique ne semble pas encore passée dans le domaine quotidien du clinicien.

L'implantation de consultations de génétique dans chaque unité régionale aidera sans doute à son développement. Actuellement, l'étude chromosomique est encore l'apanage d'un nombre restreint de centres spécialisés.

Le rôle du Pédiatre dans les maternités n'est pourtant pas négligeable.

Par le biais du premier examen de santé qui doit être consigné par écrit et adressé à la DASS de chaque département, les syndromes malformatifs pourraient être mieux répertoriés et fourniraient aux généticiens un précieux matériel d'information.

Nous pensons enfin qu'un premier conseil génétique très sommaire peut être donné aux parents devant des syndromes connus à transmission bien définie.

°°°

LA PATHOLOGIE GENITALE

- AMBITUITES SEXUELLES	0
- RETARDS PUBERTAIRES	2
- VULVO VAGINITES (à germes identifiés)	10
- TORSION D'UN KYSTE DE L'OVAIRE	1
- PATHOLOGIE DES SEINS	11
- HYPOSPADIAS	23
- ECTOPIE TESTICULAIRE	14
- TORSION DU TESTICULE	2
- CONDYLOME DE LA VERGE	2
- PARAPHYMOSIS	2
- KYSTE DU CORDON	6

°.°

La pathologie génitale n'est donc pas très fréquente.

Aucune ambiguité sexuelle n'a été observée. Par ailleurs, nous avons remarqué que la pathologie de tous les jours est plus riche chez le garçon que chez la fille. En effet, chez la fille elle se limite dans notre expérience à 3 chapitres :

I - FILLES :

1°) Les vulvovaginites :

En cas d'échec des antibiotiques, nous avons utilisé un traitement hormonal à doses infimes ; nous avons toujours recherché par principe un corps étranger.

2°) Les troubles de l'installation des règles :

En fait, peu vus par le Pédiatre.

3°) La pathologie du sein :

Nous avons observé 11 cas de développement prématuré des seins (Prémature Thelarche). Ce syndrome n'est donc pas exceptionnel ; la croissance, l'âge osseux, les dosages hormonaux ont toujours été normaux.

Mais on n'a pas assez de recul pour savoir si la puberté se fera dans des délais normaux.

4°) Enfin, on a observé 1 cas de torsion d'un kyste de l'ovaire, s'étant révélé chez une fille de 6 ans et demi par des douleurs abdominales.

II - GARÇONS :

Chez le garçon, plusieurs chapitres dominent :

1°) Les hypospadias :

23 cas - la plupart très antérieurs, posant donc peu de problèmes fonctionnels.

Il faut prendre contact avec un urologue infantile.

L'intervention, si elle est nécessaire, aura lieu vers 6 - 8 ans.

2°) Les ectopies testiculaires :

14 cas ont été notés - Pour le Pédiatre deux problèmes :

. affirmer la cryptorchidie, la différencier des testicules "oscillants",

. le problème de la thérapeutique.

Une cryptorchidie "vraie", n'a aucune chance de guérir médicalement.

L'enfant sera donc confié au Chirurgien. Le moment de l'intervention est souvent discuté ; la période prépubertaire est préférée par beaucoup, après éventuellement un traitement par les gonadotrophines chorioniques à doses faibles, en fait nous avons tendance actuellement à demander l'intervention vers 6-8 ans.

3°) Les kystes du cordon :

. 6 cas ont été notés.

4°) Divers :

. 2 cas de torsion du testicule. Il s'agit d'une urgence chirurgicale.

. 2 cas curieux de condylome de la verge.

. 2 accidents de paraphymosis, sur des centaines de cas de libération des adhérences.

Notre position sur ce point est la suivante : ce geste est inoffensif, s'il est fait tôt et avec anesthésique local. Il évite certaines infections par accumulation du smegma, il permet à l'enfant de surmonter le tabou qui s'attache aux

O.G.E., souvent renforcé par la Mère.

. Enfin, on n'a pas observé de problèmes de puberté précoce, mais quelques cas de retards pubertaires simples non répertoriés.

°°°

PATHOLOGIE DES MUSCLES

- 3 cas de myopathie ont été observés,
- 1 cas de myasthénie,
- 1 cas d'aplasie totale des muscles droits,
- 2 cas d'hypoplasie majeure.

LES MYOPATHIES :

- 1 cas de myopathie de DUCHENNE, chez un jeune garçon de 12 ans, dont la maladie a été confondue au début, vers l'âge de 2 ans, avec une poliomyélite. Mais l'évolutivité de la maladie, une amyotrophie des racines, l'enquête familiale, l'électromyogramme, ont permis de redresser le diagnostic.

- 2 autres cas de myopathie de DUCHENNE de Boulogne ont été observés chez 2 frères. Nous décrirons plus en détail cette observation.

Le frère aîné, âgé de 6 ans a été vu pour la première fois en consultation pour une malformation des hanches et des troubles scolaires.

Dans les antécédents de l'enfant on retrouvait :

- un retard de l'acquisition de la marche (à 20 mois), une difficulté pour monter les escaliers, troubles qui avaient motivé une radiographie des hanches à l'âge de 18 mois. Cette radiographie montrait une coxa valga avec anteversion du col. L'enfant avait alors failli être opéré pour une varisation du col.

Par ailleurs, l'examen clinique montrait à l'âge de 6 ans

des troubles morphologiques et une motilité tout à fait évocatrice d'une myopathie : mollets trapus et ronds, thorax évasé, abdominaux faibles ; couché sur le dos,mouvements caractéristiques pour se relever des enfants atteints de myopathie.

Le bilan musculaire enzymatique a confirmé la maladie.

Le frère de l'enfant, 3 ans, vu quelques jours plus tard, est atteint aussi de cette maladie.

L'étude de l'arbre généalogique a montré la présence d'un demi-frère de la mère atteint de cette maladie, et de 8 filles vivantes, pouvant être porteuses de la tare. Les enzymes sériques se sont révélés élevés chez la Mère.

Pour le Pédiatre praticien, il se pose donc un problème diagnostic, mais aussi le problème du traitement.

Le premier cas a été traité dans une maison spécialisée.

Les deux autres enfants sont traités à domicile avec l'aide des parents et d'une kinésithérapeute qui a suivi volontairement des stages dans deux maisons pour myopathes.

La surveillance à domicile de tels malades impose une concertation de tous les instants entre l'équipe soignante, les parents, les enfants et les enseignants. L'expérience vaut la peine d'être tentée.

LA MYASTHENIE :

L'histoire de ce garçon atteint de myasthénie, est curieuse.

L'enfant est suivi régulièrement et jusqu'à l'âge de 1 an on ne note rien de particulier. L'enfant est alors perdu de vue, parce qu'il a déménagé jusqu'à l'âge de 4 ans et demi.

La mère le ramène, alors, à la consultation pour un ptosis bilatéral apparu environ 15 jours auparavant.

L'examen montre alors un faciès figé, une mimique très pauvre, des muscles abdominaux faibles, une fatigabilité mus-

culaire. Et la mère dit que son enfant n'a jamais pu rire comme les autres, ni passer sans aide de la station couchée à la station assise.

Le diagnostic de myasthénie est alors évoqué et confirmé par l'électromyogramme et le test au Mestinon.

L'enfant a été revu et est transformé par le traitement associant Prostigmine et Mestinon. Il ne semble pas y avoir de tumeur thymique.

L'APLASIE TOTALE DES MUSCLES DROITS ABDOMINAUX :

Un cas a été rélévé.

Dès la naissance, David F. Présentait un abdomen semblable à celui d'une grande multipare. Il était également porteur d'une ectopie testiculaire bilatérale.

Les examens électriques ont confirmé l'absence de toute contracture au niveau des muscles abdominaux.

L'urographie intra veineuse a révélé la présence d'un méga uretère et d'une méga vessie.

L'enfant a été suivi jusqu'à 2 ans, il portait une ceinture abdominale, pouvait s'asseoir, avait fait ses premiers pas à 16 mois.

Le développement psycho moteur semblait normal.

°°°

IMMUNOLOGIE

5 cas de pathologie des globulines ont été répertoriés.

La fréquence est donc très faible, peut-être parce qu'il s'agit d'un domaine encore trop neuf, touffu, mal connu de nous, et masqué par une pathologie secondaire aux troubles des immunoglobulines.

Nous recherchons de façon assez systématique un déficit immunitaire chez des enfants présentant des problèmes infectieux récidivants ; nous retrouvons parfois une légèrediminution des immunoglobulines dans leur ensemble. Mais en fait, nous n'avons pas retrouvé de déficit électif certain, en Ig G, Ig M ou Ig A.

Nous avons déjà parlé dans un chapitre précédent, d'un cas d'ataxie-télangiectasie.

Cette enfant présentait une sensibilité particulière aux infections, mais nous n'avons pas mis en évidence de déficit isolé en Ig A, comme on l'observe souvent dans cette maladie.

°°°

LES CANCERS ET COLLAGENOSES

Nous avons observé :

1°) 1 cas de neuroblastome :
chez un enfant de 4 ans et demi.

Cet enfant a été vu à la consultation pour une fièvre durant depuis 15 jours, des douleurs des membres inférieurs, une accélération très importante de la vitesse de sédimentation. L'examen retrouvait alors une petite tuméfaction profonde de la fosse iliaque gauche. 3 jours après la première consultation, l'enfant était hospitalisé d'urgence pour reprise de la fièvre, altération de l'état général. L'examen retrouvait alors une tumeur étendue de la fosse iliaque gauche.

Le diagnostic de neuroblastome a été confirmé dans le service de Cancérologie à VILLEJUIF. L'enfant a subi une radiothérapie mais est décédé 7 mois plus tard dans un tableau d'asphyxie.

2°) 1 cas de rétinoblastome
récent, chez une petite fille de 1 an, ayant subi une énucléation.

3°) 2 cas de néphroblastome :
1 cas de sarcome vulvaire associé à un néphroblastome.

Ces deux enfants, décédés, appartenaient à la même fratrie. Leur observation a été détaillée dans un autre chapitre.

4°) Nous avons observé 1 réticulose : Maladie de LITTERER-SEWE.

Le rôle du Pédiatre dans ces cas est particulièrement délicat car le pronostic est toujours très grave.

Nous aborderons ce problème dans le chapitre des maladies chroniques (9).

.°.

LES INTOXICATIONS ACCIDENTELLES

13 cas ont été notés.

Ce chiffre est faible, quand on compare avec celui d'un service de Pédiatrie générale, sans doute parce que les cas urgents vont directement à l'Hôpital, ne sont pas toujours revus ensuite, ou non signalés après.

Parmi ces 13 cas, 8 sont dus à une intoxication médicamenteuse.

Nous décrirons plus particulièrement 3 observations :

1°) Absorption accidentelle de Calomel par une petite fille de 4 ans, qui a présenté dans les suites une acrodynie typique.

2°) Un ictère médicamenteux chez une fille de 7 ans, qui avait été mise par le médecin traitant, à la quinacrine pour des kystes de Lamblia dans les selles. L'ictère est resté isolé, mais a persisté longtemps (plus de 6 mois).

3°) Une aplasie médullaire par l'Oncovin chez une petite fille atteinte d'un sarcome vulvaire et d'un néphroblastome. La dose d'Oncovin a été multipliée par 10 par erreur. L'enfant est décédée au 12 ème jour de l'intoxication.

Le Pédiatre praticien doit avoir un rôle éducatif et préventif de ces accidents.

Il faut avertir, mettre en garde les parents contre les accidents provoqués par les produits domestiques, les médicaments laissés à la portée des enfants.

°°°

LE PEDIATRE ET LA PREVENTION

LA PEDIATRIE SOCIALE

Les documents que nous avons présentés doivent être exploités pour une meilleure connaissance de notre exercice quotidien.

Nous voudrions insister sur le rôle du Pédiatre dans la prévention, première étape d'une véritable Pédiatrie Sociale.

I - LA PREVENTION :

Concerne tout ce qui concourt à prévenir une maladie ou un groupe de maladies. Elle a connu un grand essor avec les découvertes de JENNER et de PASTEUR sur les vaccins. Il s'agissait au départ d'un acte essentiellement technique. Il semble qu'il faille élargir cette notion ; la Prévention déborde actuellement largement ce cadre et engage le Médecin bien au-delà de son acte technique.

Les organismes de Prévention sont actuellement nombreux, parfois bien structurés. Qu'il s'agisse des P.M.I., des services de vaccinations, de la Médecine scolaire, des C.M.P.P.,..

Dans le système actuel de distribution de la santé, ils sont irremplaçables et souvent très efficaces.

Mais ils restent spécialisés, impersonnels. Il est certain aussi que le cadre qu'ils offrent ne peut satisfaire l'ensemble de la population, pour des raisons très diverses.

Il faut donc maintenir une complémentarité entre les organismes "officiels" et la Prévention de Médecine libérale, gage d'équilibre dans le système de santé actuel.

II - PLACE DU PEDIATRE :

Tout comme le Médecin de famille, il est particulièrement bien placé pour faire de la bonne prévention.

C'est bien en effet dans le cabinet médical que tout est réuni au mieux pour parler de prévention.

Il faut pour cela respecter certaines conditions de base :

- connaissances suffisantes en matière de prévention,
- rôle du temps à consacrer à chaque enfant, de l'attention de chaque instant.

III - LES VACCINATIONS, exemple typique de prévention :

a) Certes, l'aspect technique est important :

Il faut posséder à fond les techniques de vaccination :

. s'appesantir sur les contre indications formelles,

. apprécier la valeur des diverses techniques.

b) Mais il faut savoir déborder les strictes obligations légales :

. expliquer,

. convaincre,

. adapter les vaccinations à chaque pays en fonction des besoins,

. s'adapter à chaque cas, en s'inspirant du schéma officiel ; savoir ne pas refuser la protection d'un vaccin dans des limites de temps assez larges.

c) ainsi, dans cette étude :

- D.T.C. + Polio - Variole - B.C.G.

Près de 100% des enfants suivis régulièrement ont été correctement vaccinés.

- ROUVAX - rappel du nombre et du % de vaccins faits : 3,60% - 216 observations.

Les réactions subfébriles n'ont pas été très fréquentes.

Dans deux cas seulement, on a noté une éruption morbiliforme (1 au 8è jour, 1 au 11è jour), durant 24 heures et s'éteignant sans conséquences.

ACCIDENTS DES VACCINATIONS :

Nous n'avons relevé que peu d'accidents des vaccinations, mais plus souvent des incidents.

- B.C.G. = Adénites.
  - 17 cas sur 4.000 vaccins.
    . 2 cas d'abcès, ayant évolué vers la guérison en 2 à 4 mois,
    . 1 cas de cicatrice chéloïde très marquée (enfant de race blanche),
    .10 cas/ 17 étaient dus à des B.C.G. I.D., dont 8 cas faits en milieu scolaire. Il faut rappeler ici la difficulté de réaliser une intra dermo stricte, lorsque l'enfant n'est pas calme et préparé à la vaccination.

L'évolution a toujours été simple. Les parents ont toujours été prévenus avant la vaccination de la possibilité d'un tel accident.

- VARIOLE :
- 1 encéphalite, se traduisant par une grande athétose et une arriération profonde,
- 2 cicatrices chéloïdes importantes.

- TETRACOQ :
- 1 état de choc où la responsabilité du lot de vaccin a pu être incriminée (3 cas semblables pour le même lot, dans la région et au même moment).

- ROUVAX :

- 2 syndromes fébriles du 8ème et du 11ème jour avec éruption morbiliforme sur 216 vaccins.

Nous avons vacciné entre 10 et 12 mois.

Des études récentes semblent prouver qu'il faudra peut-être retarder ce vaccin et prévoir des rappels.

La rougeole est le type de maladie sociale dont la mortalité du moins en France, semble négligeable, mais dont la morbidité et l'incidence économique sont considérables. Et pourtant, aucune information statistique sérieuse n'a pu encore être recueillie, la déclaration n'étant pas faite.

- RUDIVAX :

Rappel du % et nombre de vaccins : 0,87% - 48 observations.

Cette vaccination doit être entreprise systématiquement. Tous les Pédiatres ont en mémoire les appels angoissés concernant la crainte de l'embryopathie rubéolique".

Nous avons adopté la règle de vaccination systématique chez les filles entre 8 et 10 ans.

Il faut noter que la non inscription à la nomenclature de la S.S. du remboursement du dosage des anticorps ne facilite pas notre tâche. C'est peut-être un argument supplémentaire en faveur de la vaccination.

Nous avons relevé le cas d'une maman ayant reçu 2 injections de vaccin au 3ème mois de la grossesse.

L'enfant, décédé en quelques heures, était hydrocéphale.

Malheureusement le placenta n'a pu être examiné, la notion de vaccination ayant été découverte à postériori.

Etait-ce une coïncidence?

IV - A QUEL STADE PEUT SE FAIRE LA PREVENTION EN CLIENTELE PRIVEE :

Nous pensons qu'elle est possible à tous les stades de la vie de l'enfant.

A - EXAMEN DU NOUVEAU-NE :

Il doit être d'abord un acte technique complet permettant de dépister la plupart des malformations : dysmorphies, affections cardio vasculaires, malformations osseuses..Nous avons rapporté les chiffres concernant la luxation et la dysplasie des hanches et montré l'importance pratique de ce diagnostic précoce.

La plupart des maladies génétiques et métaboliques doivent être soupçonnées dès la naissance ou dans la période néonatale, soit devant un ensemble clinique, soit devant la découverte d'antécédents familiaux à l'interrogatoire.Nous espérons bien que la collecte des informations consignées lors du premier examen de santé permettra d'intéressantes confrontations.

On n'insistera pas assez sur la valeur capitale du premier contact avec la famille, que permet le premier examen du nouveau-né. Cet examen doit se faire en présence des parents, il permet de tisser les premiers liens entre les parents, l'enfant et le médecin, et facilite sûrement une bonne relation ultérieure.

La présence du Pédiatre permet de développer un esprit d'équipe dans chaque maternité. Ceci nous paraît une notion fondamentale pour qui s'occupe de néonatologie. C'est à ce niveau que peut agir pleinement la prévention et nous en donnons la démonstration.

Depuis la création de telles équipes, nous possédons un dossier qui peut être compulsé et complété par chacun d'entre nous. L'histoire d'une famille s'inscrit ainsi sans hiatus sur

un même document.

Nous avons pu obtenir la présence d'une équipe spécialisée de réanimation lourde lors des accouchements à haut risque.

La Prévention bien codifiée de l'anoxie pendant l'accouchement a entraîné une chute des détresses respiratoires et des transferts en service de réanimation.

B - EXAMENS DE SURVEILLANCE SYSTEMATIQUE :

Ces examens ont acquis droit de cité. Loin de penser qu'ils sont un luxe, une mode liée au besoin de "consommation" médicale, nous croyons qu'ils sont l'occasion idéale pour un examen de prévention générale. Ces examens systématiques réguliers permettent le développement d'une relation de confiance entre les parents, l'enfant et le Pédiatre.

Nous sommes convaincus de son rôle capital dans l'éducation permanente de la mère, mais aussi du père et des grands parents. Nous sommes frappés de la "coupure" qui existe souvent entre les générations vis-à-vis de l'enfant. Les grands parents sont trop souvent ressentis par les jeunes parents comme des "nourrices" et dès qu'ils veulent intervenir plus étroitement dans l'éducation de l'enfant, les heurts sont fréquents. Nous pensons pourtant que leur rôle stabilisateur dans un foyer peut être important. Il faut savoir utiliser leur compétence et leur bonne volonté.

La répétition de ces examens permet une information sur le développement physique de l'enfant, de définir et d'expliquer les normes, les limites du normal et du pathologique, les raisons de tel acte ou de tel conseil, les règles d'une alimentation équilibrée, d'une prévention efficace des accidents et des intoxications.

A côté de cette prévention qui concerne la santé physique de l'enfant, le Pédiatre a aussi un grand rôle dans la protection de la santé mentale de l'enfant, il faut informer les mères

sur le développement psychologique de l'enfant, il faut surtout dédramatiser, rassurer, devant des petits problèmes tels que anorexie, troubles du sommeil, colères, car ces petits troubles s'ils sont laissés à eux-mêmes peuvent engendrer des troubles beaucoup plus graves tels que névrose ou psychose.

C - PREVENTION PRE-SCOLAIRE :

Elle est capitale à nos yeux. En effet, mis à part les timides essais de "bilan de santé de la Sécurité Sociale," et les efforts développés par les structures de PMI, nous devons bien reconnaître que cette prévention est très insuffisamment appliquée.

Trois séries de faits illustrent parfaitement l'importance de cette prévention pré-scolaire :

1°) Le dépistage des déficits sensoriels :

- Surdité : elle peut et doit être dépistée très tôt. Nous disposons maintenant de moyens utilisables dans les premiers mois. Rééducation et appareillage doivent être mis en oeuvre dès que possible.

- Déficience visuelle, amblyopie.Nous avons abordé ce problème ailleurs. Rappelons qu'un geste simple chez le très jeune enfant permet d'orienter le diagnostic : l'occlusion d'un oeil entraîne souvent, si l'autre oeil est atteint, une réaction de défense, l'enfant cherchant à dégager l'oeil occlu (30).

2°) Le dépistage des troubles du langage :

Ils doivent être dépistés avant l'âge de l'entrée à l'école primaire car ils compromettent l'apprentissage de la lecture et de l'écriture. Une rééducation orthophonique sera envisagée dès que possible. Les retards simples seront bien améliorés par la mise à l'école maternelle.

3°) Le dépistage des handicaps mineurs :

En dehors des tableaux évidents d'IMC ou d'encéphalo-

pathies, on peut déceler par un examen attentif des atteintes neurologiques très discrètes portant sur un seul segment ou une seule fonction. Le diagnostic en est important, car, même si l'enfant semble bien compenser son déficit, son handicap peut s'accentuer et surtout des troubles secondaires apparaîtrent plus tard.

Il est essentiel de rééduquer ces enfants le plus tôt possible. Nous avons pu apprécier les excellents résultats qu'obtient une rééducatrice spécialisée dans l'appréhension d'un bon schéma corporel, élément de prévention capital de graves déficits scolaires.

D - PREVENTION SCOLAIRE :

Il est navrant de constater la carence quasi totale des services de santé scolaire. Faute de moyens, une poignée de confrères, dont le rôle est capital, se battent pour introduire une surveillance efficace, mais sont en butte à l'indifférence de tous les organismes de tutelle.

Les C.M.P.P. créés pour prendre en charge les enfants en difficultés d'âge scolaire sont encore trop peu nombreux. Ils ont d'autre part une structure très rigide. Peut-être est-ce dû à une emprise de plus en plus grande de l'Education Nationale sur leur organisation intérieure.

Le Pédiatre a un rôle privilégié à cet âge, car il voit l'enfant fréquemment, pour de banales affections. Il a donc l'occasion de se pencher sur ces problèmes.

La surveillance de l'enfant peut encore amener des échanges fructueux avec les enseignants. Ce rôle ne doit pas être négligé. L'enfant est en effet pris en charge de plus en plus longtemps par l'école. Celle-ci ne doit pas se satisfaire du seul rôle d'enseignement, mais y associer une éducation.

C'est à ce niveau que Médecins et Educateurs peuvent collaborer.

V - LE ROLE SOCIAL DU PEDIATRE :

EXEMPLES DANS QUELQUES GRANDS CHAPITRES DE LA PATHOLOGIE

A - B.C.G.

On a vu que ce vaccin était encore le plus mal accepté par les familles.

Les arguments les plus fréquents pour refuser le B.C.G. sont :

- la crainte d'accidents, de tuberculose évolutive, renforcée par la "connaissance...de cas semblables dans l'entourage". On est frappé par le manque d'objectivité des mères concernant les vaccins. Le sens critique est totalement inhibé par une sorte de tradition, de légende orale que l'on se transmet.

- la dénégation de la tuberculose actuelle. La maladie a disparu, elle n'est plus une préoccupation pour les familles.

- le fait que les armes thérapeutiques modernes guérissent facilement la maladie.

- le Médecin lui-même a souvent affirmé à la famille que la vaccination était aléatoire, qu'elle entraînait des accidents.

Seul un effort continu de persuasion permettra de faire admettre à tous la nécessité du vaccin.

Remarquons que les arguments précédents ne sont pas utilisés pour des maladies plus voyantes comme la Poliomyélite. La maladie apparaît grave d'emblée aux familles qui acceptent facilement le vaccin.

B - RACHITISME :

Nous avons discuté le rôle éventuel des divers facteurs de rachitisme.

Le facteur essentiel reste sans doute que tous les enfants de cette étude ont été soumis très régulièrement à la vitaminothérapie D.

C - ALIMENTATION :

Le Pédiatre doit être persuadé que la prescription détaillée du régime fait partie intégrante de l'acte médical.

Mise à part la surveillance individuelle de chaque enfant, la prescription alimentaire est un acte éminemment social.

Les besoins nutritionnels et surtout les habitudes alimentaires peuvent varier. Certains besoins sont encore mal connus (ex. la ration azotée des prématurés et des nouveaux-nés).

D'autres devront être adaptés aux conditions économiques.

Nous avons rappelé quelles résonnances psychologiques contient l'alimentation. L'anorexie d'opposition du nourrisson en est la démonstration éclatante.

L'obésité ne pourra être contrôlée qu'en luttant contre des habitudes alimentaires ancestrales. Les auteurs américains insistent sur le rôle de l'hygiène alimentaire du nourrisson dans sa prévention. Il faut adopter des règles assez strictes quant à la croissance pondérale des 12 premiers mois (pour nous la limite se situe à $\leqslant$ 1 kg par mois). Il faut renforcer la surveillance devant certains facteurs de risque (parents obèses, gros mangeurs, diabétiques...).

D - R.A.A.

Nous en avons vu la raréfaction. Elle est due sans aucun doute au traitement actif des accidents initiaux et semble actuellement très efficace. Mais notre attitude thérapeutique pourrait avoir d'autres conséquences.

- il est en effet difficile de discerner les véritables angines à streptocoques, souvent confondues dans la masse des

angines, voire des simples pharyngites virales.

- les prélèvements de gorge sont trop souvent décevants,
- le traitement antibiotique quasi systématique de toutes ces infections O.R.L. souvent mal conduits par les parents, trop courts, à doses minimes, risque de créer des résistances nombreuses.

E - ANTIBIOTHERAPIE :

Son application a une portée sociale considérable. Ses indications doivent toujours être portées après avoir bien pesé les avantages et les risques thérapeutiques.

Ses règles de prescription doivent être strictes, sous peine de voir se développer des résistances, des allergies ou des antagonismes sérieux.

Nous dirons quelques mots du risque thérapeutique chez l'enfant.

La prescription de médicaments, quel que soit le type du médicament doit toujours être précisée en ce qui concerne la dose et la durée du traitement.

Le Pédiatre doit connaître les effets secondaires et mesurer leurs risques avec les effets bénéfiques souhaités.

Il faut mettre en garde les mères contre l'emploi sans avis médical de médicaments tels que corticoïdes, antibiotiques.

F - CONVULSIONS :

Nous avons insisté sur leur importance numérique. Peu de travaux font état de très grandes séries et le devenir de ces enfants semble très incertain. Une étude récente de LAPLANE (J.P.P. 72) permet une appréciation assez favorable. Le nombre, non négligeable, de séquelles neuropsychiques, succédant en règle à un état de mal, nous rendrait plus circonspect. Il importe de confronter le plus grand nombre d'études pour essayer

de dégager une attitude commune devant ce problème angoissant pour le Pédiatre et surtout pour les familles.

G - INCOMPATIBILITE SANGUINE DANS LES SYSTEMES ABO et Rh :

Elle devrait disparaître rapidement. De fait, nous avons vu que grâce aux examens systématiques pendant la grossesse et au traitement précoce dans les premières heures de la vie, les formes graves peuvent être toutes évitées. L'effort de vaccination par les gamma globulines spécifiques doit s'intensifier. Mais ses indications ne peuvent reposer que sur une surveillance étroite des 10 à 15% des femmes pouvant être mises en cause.

H - PATHOLOGIE NOUVELLE :

Les troubles du métabolisme :

Pour un grand nombre d'entre eux, seul un traitement préventif et donc un dépistage très précoce, est de mise.

Un effort a été fait pour certaines maladies et leur dépistage se fait maintenant systématiquement (exemple de la Phénylcétonurie).

Le Pédiatre appelé à travailler dans les maternités peut et doit s'informer des techniques simples permettant d'approcher le diagnostic de maladies métaboliques. Un entretien précoce avec la famille peut permettre de lancer une enquête si un antécédent est relevé ou suspecté.

Les maladies génétiques :

Certaines sont maintenant bien connues et leur diagnostic est rapidement suspecté.

D'autres sont encore mal classées, peu fréquentes ou de découverte plus tardive.

La collecte des informations et leur transmission aux ser-

vices spécialisés nous semble importante et seule capable de faire avancer la connaissance de tels tableaux.

Le conseil génétique ne peut être abordé qu'avec beaucoup de prudence par le Pédiatre praticien.

La Pathologie des enfants en nourrice :

Le grand nombre de mamans qui travaillent entraîne des placements de plus en plus fréquents.

Nous avons été frappés au cours des années par la fréquence des troubles mineurs que présentent de tels enfants. Nous ne pouvons citer de chiffres précis, mais une telle étude serait sans doute fructueuse.

Les troubles du sommeil, les perturbations alimentaires, l'anorexie d'opposition, les difficultés psychologiques nous ont paru très souvent notés.

.°.

CONCLUSIONS

A l'occasion du dépouillement des fiches d'une clientèle privée de Pédiatrie de la région parisienne, nous avons essayé de montrer quelles étaient les activités d'un Pédiatre praticien.

Nous avons vu que l'éventail pathologique restait grand et ne pouvait se réduire aux actes de routine.

On a pu noter l'évolution de certaines maladies, leurs modifications cliniques et thérapeutiques.

Nous avons vu les préoccupations du Pédiatre au cours de son exercice quotidien.

Nous voudrions dégager son rôle dans la prévention. On a souvent reproché au Pédiatre de faire seulement de la "Puériculture de luxe"! Cette étude s'efforce de démontrer qu'il fait plus. Mais quand bien même la pédiatrie ne devrait être que cela, c'est un rôle nécessaire, important, et non sans grandeur. Ce sera même vraisemblablement un rôle capital dans un proche avenir.

On peut dès lors dessiner le rôle du praticien dans l'abord social de la Pédiatrie.

La Pédiatrie sociale en effet "envisage l'enfant sain et malade en fonction du groupe humain dont il fait partie et des milieux dans lesquels il se développe"

Or, l'écologie nous apprend qu'il est néfaste de vouloir bouleverser empiriquement la nature sans en prévoir les conséquences à long terme.

On en connaît mieux maintenant les risques importants, comme le risque thérapeutique (34).

Le rôle de la prévention et de ses lois devient donc capital.

Son champ d'action ne fera que s'accroître dans les decennies à venir.

Certes, certains domaines nous sont encore pratiquement fermés. Mais il est hors de doute que bientôt les généticiens, les biochimistes et les immunologistes nous fourniront des armes suffisantes pour détecter puis modifier ou arrêter le cours d'altérations définitives.

Certes, il s'agit d'une tâche au long cours. Elle doit être adoptée à chaque groupe ethnique, à chaque nation. Le Professeur MANDE insiste beaucoup sur la diversité des démarches et la multiplicité des préoccupations de chacun, selon le niveau sanitaire et socio-économique du pays ou l'on est.

Mais d'ores et déjà, le Pédiatre praticien peut et doit s'efforcer de suivre cette ligne de conduite : Etudier, à propos de chaque enfant, tous les moyens à mettre en oeuvre, sous toutes leurs formes, pour adapter celui-ci à son milieu.

°°°

Vu :

Le Président :

Signé : R. MANDE

Vu :

Le Doyen :

Signé : H. JEROME

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

Signé : R. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

On trouvera la plupart des références dans l'ouvrage suivant :

1 - MANDE R., MASSE N., MANCIAUX.
Pédiatrie Sociale
Ed. Flammarion.

2 - JEAN R., BONNET H.
Traitement de l'asthme infantile.
Médecine infantile, 1, p 77, 1971.

3 - CORONE P, LAINEE R.
Problèmes médico-sociaux posés par les cardiopathies congénitales.
Rev. Prat. 1964, 14, 3797-3805.

4 - MUCOVISCIDOSE
Rev. Prat. 1967, 17, 3449-3552.

5 - MALLET R.
Dépistage par le praticien des urgences chirurgicales néo-natales.
Rev. Prat. 1970, n°8.

6 - JOLY Ph.
Douleurs abdominales de l'enfant.
Concours médical, 1972, n°43, p. 7017.

7 - BRUEZIERE J.
Diagnostic des uropathies de l'enfant.
Rev. Médecine 1969, n°21.

8 - LESTRADET H., BESSE J., GRENET P.
Le diabète de l'enfant et de l'adolescent dans l'exercice journalier de la médecine.
Maloine Ed. 1968.

9 - SCHWEISGUTH O., LEMERLE J.
Problèmes humains en carcinologie infantile.
Rev. Prat. 1968, 18, 1285-1290.

10- Leucémies aiguës
Rev. Prat. 1973, 3.

11- BORNICHE P.
Obésité infantile idiopathique
Méd. infantile 1967, 74, 239-306.

12- ETIENNE M., BERGER P., LAPLANE R.
L'évolution à long terme de l'obésité de l'enfant.
Rev. Pédiatrie 1966, 2, 121-126.

13- PRAUD E.
Convulsions hyperpyrétiques de l'enfant.
Rev. Prat. 1971, n°30.

14- GRAVELEAU D., SALBREUX R.
Etude statistique de 667 convulsions fébriles.
Journées parisiennes de Pédiatrie.
Flammarion Ed., 1972, p.246-256.

15- ARTHUIS M.
Amyotrophie spinale infantile de Werdnig-Hoffmann
Thèse, Paris 1954.

16- ARTHUIS M.
Ataxie télangiectasie.
Méd. infantile 1968, 3, p.213.

17- GUILLEMET B.
Anémies hypochromes.
Thèse, Paris 1962.

18- RICHARDET J.M., LARTER N.

Prise en charge pédiatrique des enfants déficients mentaux.
Journées parisiennes de Pédiatrie 1971, Flammarion Ed.

19- Arriération mentale.
Médecine infantile 1968, n°4.

20- THIEFFRY S., ZUCMAN E.
Examen clinique du nouveau-né et nourrisson atteint d'une encéphalopathie chronique.
Rev. Prat. N°10, p 1507.

21- LELONG M., KREISLER L.
Anorexie habituelle du nourrisson et du petit enfant.
Rev. Prat., 1952, 11, 1791.

22- SOULE M. et SOULE N.
L'énurésie. Etude clinique, diagnostique et thérapeutique.
Psychiatrie enfant 1959, 2, 301.

23- PRINGUET G.
Troubles du caractère chez l'enfant.
Méd. inf. 1970, n°1.

24- LAURENCE G.
Orthopédie du premier âge.
Cahiers Baillières.

25- BENSAHEL P.
Les antéversions du col fémoral chez l'enfant.
Concours médical, 1972, n°23, 4529.

26- JUDET J.
Dépistage des luxations congénitales de la hanche
Concours Méd. 1972, n°17.

27- RIGAUT J.P.
Le dépistage des hanches luxables en maternité.
A propos d'une expérience personnelle - 100 cas de hanches luxables découvertes à la Maternité de Saint-Denis.
Thèse, Paris 1970.

28- PIALOUX et VALTAT.
L'enfant sourd et son avenir.
Rev. Prat. 1969, n°s 20-21.

29- MORGON A., CHARACHOU D. et coll.
Dépistage de la surdité chez le jeune enfant.
Rev. Prat. 1969, 28.

30- DELTHIL S. et coll.
Dépistage des troubles de l'acuité visuelle à l'école maternelle.
Rev. Prat. 1969, n°28.

31- RIBIERRE M., THIEFFRY J.C.
Stridors congenitaux.
Rev. Prat. 1973, n°47.

32- ROSSIER, LE TAN NINH, DIENSTAG Y.
L'artère ombilicale unique.
J.P.P., 1969, p.345, Flammarion Ed.

33- SATGE P.
Retard de croissance intra utérin.
Méd. inf. 1973, n°5.

34- ROYER.
Rencontres Monaco II
1973, Guigoz Ed.

°°°

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

-:-